SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 10 minutos.)

-La Comisión de Salud Pública continúa con la consideración de la Carpeta Nº 920/2012 referida a la atención sanitaria de adictos en situación de riesgo. Por tal motivo, la Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación del Ministerio de Salud Pública, encabezada por la señora Ministra, doctora Susana Muñiz, y acompañada por el doctor Ariel Montalbán del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, el doctor Fernando Rovira, Asesor Jurídico, el señor Gonzalo La Rosa, Alterno a la Junta Nacional de Drogas por el Ministerio de Salud Pública, el señor José Luis Varela, Director de Comunicaciones y el señor Daniel González, Adscripto de la Ministra.

El Ministerio de Salud Pública, si no me equivoco, ya había concurrido en otra oportunidad para analizar este tema, pero en relación con una versión anterior de este proyecto de ley. La Bancada del Partido de Gobierno ha presentado una nueva propuesta y por lo tanto, eso es lo que tenemos a consideración de la Comisión.

Se ha repartido a los integrantes de la Comisión un memorándum que ha redactado el Ministerio de Salud Pública, de fecha 19 de setiembre, que será muy útil para la Comisión, porque una cosa es el intercambio verbal y otra, tener por escrito la posición del Ministerio.

SEÑORA MINISTRA.- Agradezco que nos hayan recibido y por darnos la oportunidad de opinar respecto del proyecto de ley.

Efectivamente, nosotros trajimos algunas consideraciones por escrito para los señores Senadores. En la anterior comparecencia estuvo presente el señor Subsecretario, pero en esta oportunidad no pudo asistir por estar realizando una actividad de las Unidades Docentes Asistenciales en Paysandú.

A criterio del equipo del Ministerio de Salud Pública este segundo proyecto de ley tiene una mejora sustancial con respecto al primero en algunos aspectos que a nuestro juicio se debían tomar en cuenta, recordando que tiene como objetivo la estrategia por la vida y la convivencia.

En primer lugar, quiero aclarar que en vez de hablar de “adictos” nos parece conveniente referirnos mejor a “consumo problemático de droga”, para utilizar la nueva terminología y además porque si alguien en cierto momento tiene un consumo en agudo -por decirlo de algún modo- no implica que sea adicto.

En segundo término, quiero hacer algunas consideraciones que están establecidas en estos apuntes que entregamos a la Comisión.

Lo primero que quiero destacar es que la suspensión de la libertad ambulatoria desde el punto de vista de la salud se justifica cuando el usuario pierde la posibilidad de decidir conscientemente y la necesidad que nosotros vemos de encontrar un justo equilibrio entre la limitación de ese derecho de libertad ambulatoria y los aspectos sanitarios asistenciales.

Por lo tanto, nosotros creemos que aquí se debe enfatizar el rol del médico y del equipo multidisciplinario que aborda esta situación, obviamente esto sin perjuicio de la actuación del juez. A nuestro criterio, esta es una norma con un carácter sanitario, más que punitiva.

Como Ministerio no nos compete examinar la posición institucional pero entendemos que los señores Senadores quizás deberían analizar si la ubicación más correcta es en la órbita de la Presidencia.

Por nuestra parte, luego de analizar el articulado, nos gustaría mencionar algunos aspectos. El artículo 1º habla de las actividades orientadas al diagnóstico, asistencia, tratamiento y rehabilitación social y teniendo en cuenta el paradigma de modelo de asistencia que promovemos, proponemos modificarlo por abordaje integral, ya que así estaríamos abarcando las actividades de promoción y prevención en salud.

Por otro lado, nos gustaría conversar con ustedes sobre cierto aspecto. Cuando uno habla de estupefacientes, está haciendo referencia a un campo muy amplio en el que, incluso, se incluyen ciertos medicamentos que utilizamos. En consecuencia, proponemos modificarlo y hacer mención a la pasta base y al alcohol, que son las dos drogas que nos generan más problemas y dificultades a nivel social, puesto que esta estrategia de la vida y la convivencia tiene ese objetivo.

En lo que tiene que ver con el estado de grave alteración psíquica, nos gustaría decir que ésta tiene varias connotaciones. La primera cuestión es que dicha alteración psíquica puede deberse al consumo de drogas pero, a su vez, dicho consumo puede estar vinculado con una patología preexistente o que las drogas la hayan desencadenado. Es así que nosotros entendemos que aquí el rol del médico es una figura preponderante.

En el artículo 2º aparece el término “Consorcio” y si bien es algo que los señores Senadores deben considerar, los juristas entienden que es muy mercantil y que quizás se podría encontrar uno más adecuado. La verdad es que como médico no puedo opinar mucho de este asunto pero seguramente nuestros asesores podrán dar su punto de vista.

En el artículo 4º nos preocupó que en la constitución del fideicomiso no figure el Ministerio del Interior y pensamos que seguramente se trató de un error de tipeo o algo así. De todos modos, lo dejamos planteado.

En cuanto al artículo 5º en el agregado propuesto no se hace referencia al alcohol sino que solamente se habla de sustancias estupefacientes. Sin embargo, todos sabemos que el alcohol es una de las principales drogas que genera mayor alteración en lo social. En consecuencia, nosotros proponemos que se incluya. En ese mismo artículo, se habla de los funcionarios o del personal del Consorcio que serían los que podrían trasladar al usuario que esté en una situación de consumo problemático. Sin embargo, hasta donde sabemos, este Consorcio o la figura que le den, no tendría funcionarios propios. Nosotros proponemos que la fórmula del proyecto refiera a personal a cargo del sistema de atención.

Otra dificultad que se nos genera con el INAU es que todos los usuarios menores son llevados a dependencias de ASSE, cuando en realidad la persona que tiene un consumo problemático de drogas puede ser usuario de cualquier prestador del Sistema Nacional Integrado de Salud. Además, no es difícil identificarlo si tenemos el número de cédula. Por lo tanto, proponemos que sea enviado al prestador correspondiente.

En el artículo 6º nos preocupa remarcar que el abordaje inicial de la situación siempre debe contemplar la atención sanitaria como primera medida, por lo tanto, proponemos que se repita en este artículo la fórmula del anterior. Cuando hablamos de “grave alteración psíquica”, volvemos a hacer referencia a que debe ser constatada por médicos. Otro aspecto que quizás pueda ser menor -porque sé que es un artículo que hace referencia a la Constitución, pero de todas maneras quisiéramos aportar nuestra visión- es el relativo a la figura jefe o jefa de hogar: no sé si es la correcta porque muchas veces quienes nos convocan son los niños. En ocasiones ocurre que hay un niño con esa figura de adolescente responsable porque se hace cargo de sus hermanos y del hogar por muchas horas, y además es quien denuncia la situación en que se encuentran sus padres, hermanos mayores o tíos. Por lo tanto, no sé cuál debería ser la figura, pero nuestro consejo es que no se limite al tema jefe o jefa del hogar.

Por último, y es una consideración de los abogados, la judicialización de estas situaciones debe hacerse, pero priorizando los dictámenes médicos por ser una norma mucho más del ámbito sanitario que del punitivo.

Esas son las consideraciones que realizamos y, por supuesto quedamos a consideración de las preguntas que quieran plantear.

SEÑOR MONTALBÁN.- Quiero ratificar, en todos sus términos, lo que manifestó la señora Ministra, y hacer hincapié en que la grave alteración psíquica requiere, necesariamente, de un diagnóstico médico porque en un adicto puede ser provocada por otras situaciones que no tienen nada que ver con el consumo. Hablamos de una hipertensión, de un accidente vascular encefálico, de una descompensación psiquiátrica de otro tipo, de comorbilidad u otro tipo de situación, por lo tanto vincular la situación de grave alteración psíquica con el consumo problemático requiere de un estudio y de tiempo para poder hacer ese vínculo.

Por otro lado, en el espíritu de la ley -que compartimos totalmente- se judicializa toda situación de consumo problemático. Hay que dar cuenta al Juez en varias instancias, es decir, en forma inmediata, a las 6 horas, y luego viene el informe posterior, lo que me parece perfecto en el caso de que exista un delito, una falta o una situación de riesgo para la persona misma, o para terceros, porque no se quiere seguir un tratamiento. Ahora bien; generalizar esto e incluir el caso de una persona que tuvo una grave alteración psíquica y que, después de revisadas las medidas terapéuticas, conscientemente quiere atenderse y se mantiene en tratamiento -es decir, cumple con la estrategia de tratamiento que le plantea el equipo médico- significaría judicializar esa situación, ponerle un expediente judicial, lo que a mi entender constituiría un exceso, sobre todo cuando estamos hablando de una enfermedad.

Nada más.

SEÑOR ROVIRA.- Buenas tardes a todos.

La señora Ministra abordó todos los aspectos a considerar -incluso los jurídicos- con una gran persuasión, así que será muy poco lo que voy a decir. En todo caso, me referiré a algunos puntos que nos preocupan especialmente.

Uno de ellos es la necesidad de armonización con lo que establece el numeral 6 del artículo 361 del Código Penal, al que se le hace ese agregado que se propone en este proyecto de ley. A nuestro entender, la referencia a los estupefacientes y al alcohol, que figura en el Código Penal, debe estar en armonía con el agregado que se está haciendo al artículo. Por lo tanto, es indispensable incluir en él también el alcohol, como uno de los factores. De lo contrario, una disposición del Código Penal contendría una contradicción entre dos párrafos.

Un segundo aspecto a destacar tiene que ver con los comentarios que la señora Ministra hizo respecto del artículo 6.º, en el sentido de que la grave alteración psíquica debe ser determinada al inicio del procedimiento, por el médico. ¿Por qué? Porque más allá de que sea un equipo multidisciplinario el que va a hacer el abordaje inicial para determinar si la persona debe -o no- ser trasladada, la figura fundamental es la del médico, ya que solo él puede llegar a formular al diagnóstico preciso de esa grave alteración psíquica. Si lo dejamos en manos de los familiares -porque estamos hablando de una situación que se da en el ámbito privado- o aun de funcionarios actuantes que no tengan esa formación profesional que les permita hacer un diagnóstico de esas características, estaremos restando garantías a la persona. No quisiéramos que la ley se utilizara con fines oblicuos, como a veces ocurre con las leyes de violencia doméstica, de acoso laboral o de acoso sexual, las cuales a veces son utilizadas para resolver cuestiones personales entre las partes. Si queda abierta la posibilidad de que alguien alegue el estado de grave alteración psíquica del otro, es decir, de la tercera persona, podría correrse el riesgo de que a través de este mecanismo se buscara sacar del hogar -o de donde fuera- a la persona, pero con otra finalidad distinta a la del tratamiento, que es justamente la que persigue la ley.

La última de las precisiones que haremos se relaciona con el tema de la judicialización. Las normas relativas al derecho a la salud de las personas, son normas de Derecho Sanitario y no de Derecho Penal. La judicialización aparece como un último recurso, relacionado con las garantías de la persona. Una excesiva judicialización puede conspirar, a veces, con el objetivo de la norma, que en

este caso es la salud de los consumidores problemáticos de estas sustancias. Como del texto de la norma se puede inferir la existencia de distintas posiciones o contradicciones entre la pericia médica y lo que el Juez puede llegar a resolver -siempre que hay un proceso judicial la decisión final la tiene el Juez- propugnábamos no que el informe médico fuera vinculante para el Juez porque no podríamos atarlo al informe de un perito, sino que cuando la resolución judicial se aparte de lo que aconseja el médico interviniente, esta debiera ser fundada para achicar el margen de discrecionalidad judicial y dar garantía a la persona que se encuentra en esta situación muy especial porque implica una limitación a la libertad ambulatoria.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Pido excusas -hace un momento así se lo expresé a la señora Ministra- por no haber llegado en hora; generalmente cumplo con los horarios, pero entre una circular y otra, se cambió el lugar de realización de la sesión.

Quiero decir que me alegra profundamente haber leído este documento. Ustedes saben que no estoy próximo al Gobierno, ni tampoco estoy muy de acuerdo con él, pero este documento honra al Ministerio de Salud Pública en aquellos aspectos que me son más familiares que son los aspectos jurídicos. También quiero felicitar a los colegas que lo redactaron porque voy a hacer mucho hincapié en su opinión; en primer lugar, en lo que refiere a la ubicación en el Poder Ejecutivo, Presidencia de la República. Estamos incurriendo -quizás todos lo hicimos, pero ahora hay una especie de patología exacerbada- en mandar a la Presidencia todo aquello sobre lo que no se quiere que haya control parlamentario, y esa es una de las graves faltas que se han cometido durante estas últimas administraciones. Repito: quizás nosotros también lo hicimos, pero no por ello es excusable y creo que debemos poner una señal de alerta, máxime cuando el Consorcio Público -apenas lo leí señalé que este no tiene existencia jurídica, salvo en el Derecho Comercial, y estamos en el Derecho Administrativo- será la entidad que maneje, en cierto sentido la libertad individual, tenemos más razones para que haya control parlamentario, lo que podrá estar ubicado en el Ministerio de Salud Pública o en algún otro organismo que esté al alcance del contralor parlamentario. Esto tenemos que verlo en perspectiva, no en la fotografía actual, sino en la evolución del país, porque a todos nos va a dejar mejor parados el hecho que se pueda averiguar.

Con respecto al análisis del articulado quiero hacer una pregunta que no es una picardía, porque no tengo por costumbre hacerla. Cuando se propone ser más específico y que en vez de sustancias y estupefacientes se contemple la pasta base y el alcohol, pregunto: ¿el consumo de marihuana puede producir síntomas parecidos a los que la ley quiere abarcar?

SEÑOR MONTALBÁN.- Como médico siquiatra he tenido la oportunidad de actuar en servicios de atención a personas con consumo problemático a nivel mutual y de ASSE y puedo decir que el efecto de la marihuana produce una relajación, una sedación y un apragmatismo muy importante que perturba el desarrollo personal del individuo, pero nunca va a producir una grave alteración síquica que lo coloque en una situación de riesgo para sí o para terceros.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Sospechaba que era así, pero quería que me lo dijera alguien que supiera porque si no, estamos frente a una contradicción. Estamos tratando estas leyes -voy a utilizar un término que no es jurídico- acollaradas a pedido del partido de gobierno que así lo desea y nosotros -más allá de que no podemos hacer nada porque si quieren lo hacen- con mucho gusto lo hemos aceptado.

Ahora bien; la “grave alteración psíquica” uno imagina que se produce luego de haber ingerido una sustancia. En ese caso, hay pérdida de conciencia pero también puede asumir distintas manifestaciones: la persona puede quedarse quietita, en su mundo; le puede venir una furia homicida o puede provocar un lío rompiendo vidrios y hacer un desacato. Creo que cualquiera de estos efectos puede ser posible; ustedes lo deben saber desde el punto de vista médico. También es cierto que la grave alteración se puede producir en alguien que habiendo fumado el cannabis y esté manejando, haya perdido ese medio punto que establece la norma y que impide manejar habiendo tomado un solo whisky; no es que uno esté ebrio -y con ello no quiero aludir al calificativo que se me ha aplicado, porque es totalmente injusto- sino que pierde la capacidad de frenar ahora y lo hace después. Entonces, yo supongo que el que esté manejando luego de haber fumado cannabis, por vía indirecta, puede ocasionar algún efecto. Así que no sé si “pasta base” y “alcohol” no merecerán algún tipo de

generalización científica. En ese caso, habría que identificarlos porque si no se trata de “pasta base” y de “alcohol”, no se podría aplicar la norma. Entonces, sugeriría que se haga esta aclaración.

Por otro lado, entiendo que el personal encargado de aprehender a estas personas tiene que ser la Policía. Vamos a no darle mucha vuelta. La Policía sabe cómo llevar a alguien cuando se pone violento; si es un “pastabasero” manso, no hay problemas pero si se pone medio bravo no creo que pueda con él un empleado administrativo de tal consorcio, en todo caso, habrá que hacerle un entrenamiento especial. Incluso la Policía está dotada de técnicas para contener físicamente a una persona, esposarla, etcétera. Creo que le vamos a dar vueltas a este asunto y vamos a terminar diciendo que sea la fuerza pública la que sirva de auxiliar, como ocurre en el caso de la Justicia, a través del Ministerio del Interior.

Por otro lado, cuando se establece “jefe de hogar”, diría que en una emergencia de estas debería llamar el primero que tomó el teléfono; puede ser una vecina o un niño. Vamos a ser bien generales porque queremos que se produzca el llamado, para evitar males mayores. Entonces, me parece que está bien la observación que se hace, además suena muy antiguo, aunque siempre fueron más jefas que jefes -y se lo quiero hacer constar a la señora Ministra- según la jurisprudencia. Diría de poner una fórmula que diga algo así como el que tomó el teléfono y llamó. Algunos podrán hacer alguna broma; nunca falta un idiota que usa las leyes para eso.

Finalmente y a cuenta de mayor cantidad, quiero decir que el párrafo donde dice que hay que evitar que se use esta ley, es de antología y hay que conservarlo como una verdadera pieza garantista desde el punto de vista jurídico.

SEÑOR PRESIDENTE.- No ubico a qué párrafo está haciendo referencia.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Estoy hablando del numeral 10) de los comentarios del Ministerio de Salud Pública, que dice: “Hay que evitar que se use esta ley”. Reitero; creo que es espléndida la redacción de este párrafo. Es verdad que hay desvíos; es verdad que se están utilizando estos temas que son de casi imposible prueba como es el acoso, el acoso sexual, por las razones más deleznables como tomar venganza de un jefe, etcétera. Entonces, creo que es muy importante que tengamos en cuenta esto.

Además -espero que nunca estemos en esa circunstancia- con relación a la internación psiquiátrica, ya conocemos lo que ha sucedido en muchas dictaduras y gobiernos totalitarios. Ustedes saben lo que pasó en la Unión Soviética, en donde los manicomios o lugares de internación eran prisiones disfrazadas, o no tanto. A muchas personas se las metía ahí adentro y después nunca más se sabía de ellas.

Es por estas razones que cuando se haga el informe, a quien vaya a hacer la presentación del proyecto de ley voy a pedirle que incluya este párrafo, porque me parece espléndido.

Muchas gracias, señor Presidente.

SEÑOR AGAZZI.- Tenemos el placer de recibir los puntos de vista de un trabajo en equipo del Ministerio de Salud Pública cuando ya tenemos bastante avanzado el tratamiento del proyecto de ley. Recuerdo que cuando se trató en la Cámara de Representantes llegó un informe por escrito del Ministerio de Salud Pública después de que dicha Cámara lo había tratado. Pero bienvenido sea, porque más vale tarde que nunca; esa es una afirmación sabia.

Ayer tuve la satisfacción de presenciar la inauguración de un centro de la Red Nacional de Atención, el Centro Chanaes, en el departamento de San José, y realmente me dio satisfacción, porque discutiendo este proyecto de ley muchas veces nosotros mismos nos preguntamos si había algún lugar para que estas personas, que están en dicha situación, fueran internadas. Y ayer, a partir de la información que se nos dio del Centro Chanaes, vi explicado lo que es una red de dispositivos, con los dispositivos que están funcionando. Vi qué es el Dispositivo Ciudadela -que es de entrada- cuál es su objetivo, qué es Casa Abierta, qué es Jagüel, qué es el Portal Amarillo, qué rol va a cumplir

Chanaes, cómo se van especializando cada uno con las particularidades del tipo de pacientes e, incluso, con las edades de los pacientes, o la problemática. En realidad, uno ve que este proyecto de ley no es una cosa suelta, sino una iniciativa que va unida a una cantidad de otras decisiones de Gobierno que están teniendo lugar para llevarse a cabo los tratamientos de las personas que caen en esta situación. Esto quería decirlo porque no había estado nunca en una circunstancia como esa, que fue casi excepcional, porque estaba presente el señor Ministro de Desarrollo Social, el señor Director de Salud Mental, el Presidente del INAU y quien va a gestionar el hogar Chanaes. Nos invitaron a todos. Era un día medio bravo para llegar a San José porque había ríos crecidos.

Con relación a los estupefacientes, le dimos bastantes vueltas a este asunto. En primer lugar, ponemos el nombre de algunas sustancias, pero después pueden aparecer otras, porque las leyes las aprobamos cada tanto tiempo y uno no puede estar corrigiéndolas permanentemente; por ello tuvimos la intención de poner nombres genéricos. Quizás estupefacientes se refiera a una familia limitada, pero hay otras. Por ello estuvimos pensando en poner -no recuerdo a propuesta de quién- "estupefacientes y psicotrópicos" porque, en realidad, el estupefaciente tiene un efecto sobre el organismo, pero hay otras sustancias que pueden tener un efecto contrario, o no. Pero aceptamos los aportes que ustedes nos hacen. Y solamente quiero decirle a la visita que nuestra intención fue poner un nombre genérico, de tal manera que no hubiera que poner toda la lista, como se hacen normalmente las leyes.

Con relación al otro asunto, la ubicación institucional, en realidad la Junta Nacional de Drogas, desde que se creó, está en ese lugar. Esto no es una creación de ahora. La Junta Nacional de Drogas la integran varios Ministerios, entre ellos el de Salud Pública, que lo preside, y además la Secretaría de la Junta Nacional de Drogas, y están allí debido a la problemática de las drogas. No es un problema sanitario; es sanitario para el que la consume, pero hay una cantidad de asuntos vinculados que hacen que el combate contra las drogas deba llevarse a partir de un conjunto multidisciplinario. En realidad, lo que hicimos en esta redacción fue recibir la iniciativa del Poder Ejecutivo y ubicarla donde ya estaba desde Administraciones anteriores -como bien decía el señor Senador Lacalle Herrera- porque la Junta Nacional de Drogas se creó hace muchos años, luego fue reformada, pero siempre quedó en ese lugar debido a la naturaleza del combate contra las drogas. Uno podría decir que en este caso no se trata de la lucha contra las drogas, sino de hacerse cargo de una de las consecuencias que la droga produce.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Creo que le asiste razón al señor Senador en tanto la Junta Nacional de Drogas está allí y lo ha estado por muchas Presidencias, pero tenía que ver, más que nada, con una visión más político internacional de la coordinación, del adelanto de congresos, etcétera, lo que tampoco era una cuestión baladí porque, como ustedes sabrán, la DEA -*Drug Enforcement Administration*- no es precisamente San Francisco de Asís. Precisamente, la DEA es una fuerza con la que hay que tener mucho cuidado, hasta políticamente hablando.

Por lo tanto, está bien que la Junta estuviera ahí porque había que estar muy alerta; créanme que la presencia de estos agentes norteamericanos es bastante frecuente y a veces con una cierta pérdida de las proporciones. Sin embargo, ahora emigramos hacia un organismo, un ente que va a tener que ver con la libertad ambulatoria, con la libertad individual, por lo que recomendaría lo siguiente. Creo que la vinculación con la Junta puede permanecer, pero en un lugar donde se pueda establecer el control parlamentario.

Muchas gracias.

SEÑOR AGAZZI.- Quizá esta discusión pueda llevar a repensar la estructura institucional, ya que la Secretaría de la Junta Nacional de Drogas está conectada con ese organismo y, además, juega un papel preponderante en el armado de la Red. Creo que hay que pensarlo, porque es difícil separar de la problemática de la droga la parte de los compromisos internacionales, la represiva, la de información y la de hacerse cargo de las consecuencias. Hay que pensar muy bien cómo tramar todo esto. En esta redacción que presentamos lo hicimos de esta manera: la Junta Nacional de Drogas está ahí y no sólo porque históricamente lo ha estado, porque uno puede pensar que algo que estaba mal desde antes, lo seguimos haciendo mal. No es por eso; es simplemente porque tiene una cierta lógica.

El tercer punto también es un aspecto delicado y tiene que ver con el problema de la internación. Ustedes nos traen un enfoque de salud pública para el enfoque de la internación. Cuando los ciudadanos pasan en el ómnibus, ven una persona tirada en la calle y notan que no hay con qué moverla, no saben si bajarse a hablar con ella; yo lo he hecho alguna vez. ¿De qué naturaleza es ese problema? Es algo complicado. En realidad, la ley de salud mental ya prevé tres formas de internación y ya existía una internación no voluntaria porque, en realidad, autodestruirse no es un derecho en nuestra estructura jurídica. Si una persona está en esa situación hay derecho a defenderla y tratar de sanarla.

Creo que si bien en este caso hay que atender, sobre todo, los aspectos sanitarios, también hay otro asunto que no es solo sanitario y tiene que ver con llevar esa persona a un lugar adecuado para que, por lo menos, se le haga un análisis y se constate si se trata o no de un problema de salud. Reitero que la figura de hacerlo de esta manera ya estaba prevista en las leyes de nuestro país, y no es de ahora, sino de hace muchos años.

En definitiva, lo relativo a la internación por parte de un equipo multidisciplinario, apuntando al tratamiento de la persona que está bajo el efecto de estas sustancias lo vemos como una necesidad para después darle el tratamiento sanitario que corresponda. Este procedimiento donde intervienen médicos, un Juez de Paz y no sé cuántos más puede parecer un poco pesado, pero aquí hay dos derechos que están contrapuestos: el derecho ambulatorio de una persona y el de la sociedad de que la gente no esté tirada por ahí, como muchas veces sucede. Frente a eso, algo hay que hacer.

Nosotros recibimos los aportes que nos hacen, ya que este diálogo no es para discutir cómo debe quedar la ley, porque no corresponde, sino simplemente para explicar, explicarnos y razonar juntos por qué armamos esto de esta manera.

Es cuanto quería manifestar. Muchas gracias.

SEÑOR GALLO.- Creemos que este proyecto de ley tiene una gran importancia, ya que constituye una oportunidad para resolver el grave problema que desde el punto vista socio-sanitario tiene el país y sobre el cual se debe legislar. Por lo tanto, es necesario que la redacción definitiva del proyecto de ley esté en función de criterios que definitivamente la ley pueda incorporar.

Personalmente, cuando hago un análisis de la ley, lo hago en base a definiciones. Pienso que es necesario ver si estamos de acuerdo en las definiciones de la ley que, en definitiva, creo que es lo que ustedes plantean. La definición del proyecto de ley es la atención sanitaria de adictos. Es decir que, por un lado, están las personas afectadas por el uso de estupefacientes y, por otro, los estupefacientes.

En virtud de que en materia de adictos y de estupefacientes ya existe legislación, la primera pregunta que me hago y que le trasmito a los invitados es si cuando hablamos de adictos nos referimos a psicópatas o a enfermos mentales, y si cuando hablamos de adictos en situación de desequilibrio grave y alteración psíquica, también nos referimos a psicópatas o a enfermos mentales. ¿Por qué digo esto? Porque existe la ley del psicópata y porque, además, existe una ley de estupefacientes, y tanto una como la otra, le crean responsabilidades al Ministerio de Salud Pública.

Mi pregunta es, entonces, si nos vamos a alinear con esas definiciones, si las mismas están incluidas en lo que se puede considerar “enfermo mental” o “estupefacientes”, y si la legislación que existe aún está vigente porque, de lo contrario, deberíamos hacer las modificaciones necesarias en la ley existente o pensar en aplicar los mecanismos establecidos en la misma; ¿por qué digo esto? Porque el artículo 16 del Decreto Ley Nº 14.294, “Estupefacientes”, refiere, específicamente, a las competencias del Ministerio de Salud Pública: prevención, prevención secundaria, asistencia, curación y rehabilitación social del toxicómano. Es decir que el Ministerio de Salud Pública tiene una responsabilidad social, como así también la tiene el Ministerio del Interior -figura en el siguiente capítulo- en cuanto al aspecto represivo.

Si realmente consideramos que el adicto en esa situación es un psicópata o un enfermo mental -creo haber escuchado que existe la posibilidad de cambiar el nombre de la ley de “psicópatas” por el de “enfermedad mental”- entonces esa enfermedad mental está regulada específicamente por ley. Concretamente, en la Ley Nº 9.581, “Psicópatas”, en el Capítulo IV se hace referencia a la admisión de enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos oficiales o privados. Es decir que determina la forma de internación, ya sea por propia voluntad, por indicación médica o por disposición judicial o policial. Y se habla de las características de cada una de las internaciones, de cómo deben ser. El artículo 20 refiere a la crítica situación que nosotros queremos resolver. Concretamente dice: “La admisión urgente por disposición policial con fines de observación del presunto enfermo, sólo podrá hacerse en los casos de alienación mental que comprometa el orden público.” Es decir que existe legislación en la materia.

La legislación también establece: “Toda persona mayor de edad y de conocimiento de la respectiva autoridad policial o judicial” ,lo que decía el señor Senador Lacalle, “podrá solicitar de cualquiera de éstas orden de ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un establecimiento psiquiátrico”.

Por tanto, quisiera saber si esta legislación todavía está vigente, si este proyecto de ley se alinea con la legislación o si él tendría que ajustarse y, tal vez, disponer de que algunos de los artículos de las leyes no tengan más vigencia. Además, me gustaría saber si todavía existe, porque la ley habla del Inspector General de Psicópatas, que yo sé que existe, tiene vigencia y objetivos. Entonces, ¿qué papel consideran ustedes que debe tener en esta coyuntura de este tratamiento específico? Lo mismo quisiera saber con relación a la Junta Nacional de Drogas, que por ley también existe.

Ahora bien; si eso no ha sido derogado, la pregunta es ¿cómo se alinea todo esto con relación al proyecto de ley que nosotros estamos considerando?

SEÑOR PRESIDENTE.- No sé si alguno de los otros integrantes de la Comisión quiere formular alguna pregunta.

Si no es así, antes de ceder la palabra a los representantes del Ministerio de Salud Pública, quisiera compartir algunas reflexiones y plantear también algunas preguntas.

En la misma línea de lo que acaba de plantear el señor Senador Gallo, yo iría un poco más allá. La internación involuntaria de enfermos mentales está prevista en la llamada ley de psicópatas -que, en realidad, es la ley de enfermos mentales- y en la Ley de Estupefacientes del año 1974.

No pregunto si está vigente porque no me cabe ninguna duda de eso. Esta ley no ha sido derogada. Mi pregunta es por qué no se aplica en estos casos. Planteo esta situación porque si nosotros cambiamos una estructura por otra, pero no corregimos las razones por las cuales la primera de ellas no cumple con su tarea -si es que no lo hace- entonces, estamos haciendo un progreso de papel, pero no estamos cambiando la realidad. Esa es mi primera consulta.

La segunda tiene que ver con el término “adicción”. Yo no soy un experto en salud mental -a esta altura de la vida no soy experto en nada-; pero si no recuerdo mal, desde el punto de vista médico epidemiológico el término “adicción” implica habituación y dependencia, que no necesariamente es la situación aislada, el hecho aislado.

Por tanto, creo que podríamos hablar de consumidores problemáticos o de episodios de consumidores pero, además, creo que tenemos que hablar de adictos porque aquí hay gente que tiene una habituación y dependencia que es la que la lleva a tener esas situaciones de grave alteración psíquica.

Mi tercera consulta tiene que ver con los lugares de contención, detoxificación y rehabilitación. En el día de ayer no pude ir a la inauguración del Centro Los Chanaes. Me excusé con quienes lo estaban promoviendo porque tenía otro compromiso asumido previamente. De cualquier manera, tengo una lista que nos fue dejada no hace mucho tiempo, si no me equivoco, por el doctor

Breccia. Quiere decir que tiene un año y medio de antigüedad. La cantidad de centros de contención, de detoxificación y de rehabilitación -funciones que no necesariamente pueden cumplirse todas en un mismo centro- que existen en el sector público, son muy poquitos. La información que en aquel momento nos dejaron -no recuerdo si fue el doctor Breccia o el licenciado Calzada- incluía los siguientes centros: la Red de Asistencia en Drogas, 1020, que es un centro de consulta telefónica; un centro de información y referencia, que es el Portal Amarillo; el Centro de Tratamiento de Adicciones "El Jagüel", en Maldonado, y el Centro de Rehabilitación "Casa Abierta", en Artigas. También figura una policlínica de farmacodependencia en el Hospital Maciel -con muy poquitas camas, por lo que recuerdo y conozco, porque la he visitado recientemente- que a su vez está vinculada con un centro semiprivado, que es el Centro Izcali. Y finalmente se mencionan la Policlínica de Farmacodependencia de la Facultad de Medicina, en la Cátedra de Toxicología; el Departamento de Prevención de Adicciones del INAU; la Policlínica de Toxicología del Hospital Policial, y otra similar en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Con esta estructura del sector público, es imposible dar cumplimiento a esta ley o a la que está vigente hoy, porque no hay centros. Y ese es el drama que nos transmiten quienes hablan con nosotros: nos dicen que no tienen lugares donde enviar a sus familiares que son adictos y que periódicamente tienen conductas peligrosas para sí mismos, para sus familias, etcétera. Otra cosa es que haya planes. Yo siento un gran respeto por los planes, porque tengo un gran optimismo, pero la realidad es que después no siempre se concretan.

Lo que hay es una cantidad bastante más importante de centros privados, muchos de ellos con fundaciones, comunidades terapéuticas, etcétera, pero todos sabemos que el costo de los lugares que tienen algún tipo de efectividad es inaccesible para la enorme mayoría de los uruguayos. Hay que tener en cuenta que estamos hablando de un costo de entre US$ 1.500 y US$ 2.000 por mes, en el caso de un centro de contención, y de una suma algo menor pero alta también en el caso de un centro de rehabilitación.

Entonces, el Poder Legislativo y el Poder Ejecutivo van a cambiar la ley, pero la realidad no depende de la ley, sino de lo que acabo de mencionar: si no tenemos centros adecuados de atención, no hay ley que valga.

Otro planteo que quería realizar es que coincido con el memorándum del Ministerio de Salud Pública en cuanto a algunas observaciones que se hacen al proyecto de ley. Por ejemplo, allí se habla de la ubicación del componente de prevención, de atención médica y de rehabilitación. En lo personal no concuerdo con el término "Consorcio" ni con que sea una responsabilidad de la Junta Nacional de Drogas; creo que esto tiene que ser una responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, porque se la da la Constitución. Además, debe tener la posibilidad, como bien dice el memorándum, de ser controlable por parte del Poder Legislativo. Tampoco concuerdo con la reducción que se propone, en el sentido de que no hablemos de "estupefacientes" sino solamente de alcohol y pasta base de cocaína, porque el Uruguay es signatario de la Convención Única sobre Estupefacientes del año 1961, que tiene un listado muy grande de distintas sustancias que producen una alteración psíquica, entre ellas la morfina, la heroína, la bencilmorfina, la metadona. Estas sustancias se tienen que haber agregado a dicha lista y, de hecho, se hizo, porque en el año 1972 se realizaron modificaciones y, a su vez, se hicieron nuevas listas: la Lista I, la Lista II y la Lista III. De todas las sustancias que figuran en las listas mencionadas, Uruguay es signatario y tiene responsabilidad en el control del registro de su comercialización. La señora Ministra lo sabe mejor que yo, dado que cada tanto debe firmar la autorización de equis cantidad de gramos de morfina para su importación.

A su vez, no considero que quienes necesitan asistencia del tipo de la que estamos hablando -ya sea bajo la legislación vigente o bajo la nueva legislación- tengan que quedar reducidos a los que consumen alcohol o pasta base de cocaína porque, en ese caso, sería muy fácil que el Estado o las autoridades del Sistema Nacional Integrado de Salud se sacaran de arriba el sayo de la atención de otros problemas de consumo problemático, a los cuales deberían hacer frente.

Con respecto al artículo que hace referencia a "jefe y jefa de hogar", ya lo habíamos conversado en la sesión pasada de la Comisión. Considero que es una limitación que puede dificultar mucho la aplicación de este proyecto de ley porque, como bien ha señalado la señora Ministra, a veces el que se hace cargo es el hermano mayor, otras veces es la abuela y otras veces un vecino. De manera que, con las garantías del caso, tiene que ser muchísimo más amplio.

Hasta aquí los planteos que quería formular. Por otra parte, debo resaltar que lo que más me preocupa, en primer lugar, es si se necesita una nueva ley o lo que necesitamos es aplicar los instrumentos que ya disponemos y, en segundo término, en el caso de que se necesite una nueva ley o haya que aplicar las disposiciones existentes, deseo saber si contamos con los instrumentos prácticos como para poder hacerlo.

SEÑORA MINISTRA.- Si el señor Presidente me lo permite, le cedo la palabra al Director de Salud Mental, doctor Montalbán.

SEÑOR MONTALBÁN.- El trastorno por consumo -que puede adoptar distintas modalidades: el abuso y la dependencia- es una enfermedad psiquiátrica, tanto para la Organización Mundial de la Salud y su Manual de Referencia CIE 10 -que está vigente- como para el DSM IV y el DSM V, que está a punto de publicarse.

Con esta información estoy respondiendo una de las preguntas formuladas por los señores Senadores.

Las leyes a las que se ha hecho referencia -Ley Nº 14.294 de Estupefacientes y Ley Nº 9.581 de Psicópatas- están vigentes. A pesar de su antigüedad -fue aprobada en el año 1936- la Ley de Psicópatas -tal como manifestaban los señores Senadores Agazzi y Gallo Imperiale- permite la internación involuntaria con las debidas garantías, dando notificación a la Inspección General de Psicópatas, que funciona en el Ministerio de Salud Pública, y al juez competente.

Respondiendo la pregunta que formulara el señor Senador Solari, creo que el problema no es la ley, sino cómo se ha aplicado la ley hasta ahora. La Ley de Psicópatas, en mi opinión, es un instrumento que nos da las posibilidades de actuar en la situación que estamos planteando.

SEÑOR PRESIDENTE.- Con respecto a la Ley de Psicópatas, ¿le da al Estado la posibilidad de actuar u obliga al Estado a actuar? Porque son dos cosas distintas.

SEÑOR MONTALBÁN.- Obliga al Estado a actuar. Además, la salud es un derecho y también está la obligación de la persona a cuidar su estado de salud, tal como consta en la Constitución.

En cuanto a los centros de atención a que se hizo referencia, puedo decir que se ha avanzado muchísimo y la lista que el Senador mencionó se ha enriquecido con nuevos centros de atención. Puedo nombrar algunos de los que no figuran en la lista que el señor Senador mencionó. En el ámbito público ASSE está en un proceso de regionalización y en cada una de las regiones existe un centro de rehabilitación. Está “Casa Abierta” para la regional norte, “El Jagüel” para la regional este y, en este momento, se encuentra “Los Juncos” en Soriano para la regional oeste, más allá de los que están en Montevideo como el “Portal Amarillo”, “Izcali” y el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Maciel. Asimismo, se ha creado un dispositivo que es la puerta de entrada llamado “Ciudadela”. Se trata de un convenio entre el Poder Judicial, INAU y el Ministerio de Salud Pública, mediante el cual se atiende la demanda de información, orientación y atención del usuario o de la familia. Allí se los orienta o se los deriva a los servicios que corresponda. La idea es que exista un informe en tiempo real de la disponibilidad de camas existentes en los diferentes centros para la internación. Agrego que en los últimos meses se ha inaugurado en Las Brujas el centro “El Paso” para adolescentes y hasta 25 años. Es un lugar de internación de mediana y larga estadía, dependiendo de ASSE. A su vez, el señor Senador Agazzi ayer concurrió a la inauguración del Centro “Chanaes” que será gestionado por la fundación Dianova. Aunque les cueste creer a los señores Senadores, en estos lugares hay camas disponibles. Quiero hacer hincapié en este punto porque creo que el tema de gestión de la Red que en este momento se ha identificado pasa a ser prioritario.

En el sector privado la realidad es diferente. Recién en los últimos años se les empezó a exigir a los prestadores privados que tuvieran un equipo multidisciplinario de atención a la problemática de consumo, al que las personas puedan acceder tres veces por semana. Dicho equipo deberá estar integrado por un asistente social, un sicólogo, un médico y un siquiatra. Además, deberán tener una línea telefónica las 24 horas e internación por cinco días para desintoxicación. Los señores Senadores

sabrán que sigue vigente la internación con un límite de 30 días, salvo para los Fonasa activos, ya que en esos casos se encarga el BPS de retribuir el costo y, por tanto, no tienen esa limitación. Para los menores de 18 años la internación no tiene límite.

Estamos en el camino de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas -Renadro- identificando los nichos que faltan. También se ha actualizado la norma de regulación de la normatización de los dispositivos asistenciales y de los sociosanitarios que hay muchos y son muy útiles. Por tanto, hay un camino que se está recorriendo y sobre el que se va construyendo.

Con respecto al término “estupefacientes”, creo que podría cambiarse por “sustancias psicoactivas” y en esa expresión quedan incluidas todas, incluso los psicofármacos y los antidepresivos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Los señores representantes de la Junta Nacional de Drogas están afuera porque van a ser recibidos inmediatamente después y solicitan ingresar a los efectos de tomar conocimiento de lo que está exponiendo el Ministerio de Salud Pública. En lo personal no tengo ningún inconveniente, pero quiero consultar a los demás miembros de la Comisión y a los invitados.

Si no hay ningún inconveniente, los dejaríamos entrar.

(Ingresan a Sala representantes de la Junta Nacional de Drogas.)

SEÑOR MONTALBÁN.- Volviendo a lo dicho hace un momento, creo que hay que dar cierta amplitud porque hoy puede ser una sustancia y mañana otra. Es decir que se trataría de sustancias psicoactivas capaces de producir una grave alteración psíquica. Podría acotarse de esta manera.

SEÑOR ROVIRA.- Quiero hacer algunas consideraciones a las preguntas del señor Senador Gallo Imperiale.

No hay que olvidar que estamos hablando de legislación que data de muchas décadas atrás y que se han producido una serie de cambios de tipo social y demás en relación al consumo de estupefacientes, sustancias psicoactivas, alcohol o como queramos llamarlos. Por tanto, entendemos que se requiere una revisión de la normativa, más allá de que se haya aplicado o no, se haya aplicado bien o mal.

En realidad, creo que hay que dejar claro que este proyecto se refiere a situaciones en las que en el ámbito público o privado, en forma aguda o de episodio, aparece una persona con grave afectación psíquica derivada del consumo de estupefacientes. Podrá verse qué grado de amplitud se le da al término pero, en definitiva, es eso. Es más, el proyecto habla de atención sanitaria inmediata porque refiere, justamente, a una situación en agudo que requiere una atención inmediata. Entonces, eso nos aleja de las otras previsiones de la normativa anterior.

En cuanto a lo que decía el señor Senador Gallo Imperiale, el propio proyecto, en el artículo 15, establece la derogación del artículo 40 del Decreto-Ley Nº 14.294, que es el que refiere a que quien fuere sorprendido consumiendo sustancias estupefacientes será compulsiva o forzadamente sometido por el Juez competente a determinadas consecuencias concretas. A su vez, como sucede en general en estos proyectos, hay una derogación genérica de las disposiciones que se opongan a la presente ley. No sé exactamente cuáles son porque no estuve en la génesis de este proyecto, pero hay una derogación expresa de un artículo que se puede solapar con este. Me refiero al que habla de una situación concreta y en agudo de la persona que está consumiendo en el momento que se hace la intervención. Esa norma establece que de constatarse que es “drogadicto” -entre comillas, tal como dice el Decreto-Ley Nº 14.294- se resuelve que sea sometido a un médico de la Comisión de Toxicomanía y un médico forense. O sea que esto quedaría derogado.

Me voy a referir ahora al otro aspecto que tiene que ver con las patologías preexistentes y a qué pasa si estamos frente a un sicópata que, como tal, se encuentra o no bajo determinado

tratamiento médico. Nosotros damos importancia al despiste que tiene que hacer el médico en el primer abordaje de la situación, justamente determinando si ese estado de grave alternación síquica, se debe al consumo de estupefacientes o a que la persona tiene una patología siquiátrica preexistente que determina ese tipo de conducta. En caso de que fuera así, lisa y llanamente considero que no está alcanzado por la norma, porque esta refiere a ese estado de grave alteración síquica derivado del consumo de estupefacientes.

No sé si estas palabras responden al planteo realizado por el señor Senador Gallo Imperiale.

SEÑOR PRESIDENTE.- He leído varias veces el artículo 40 -con anterioridad y nuevamente ahora- y específicamente me surge la siguiente pregunta: ¿qué agrega el proyecto de ley propuesto en relación a las disposiciones del artículo 40?

El artículo 40 habla básicamente de quienes son consumidores, particularmente de los problemáticos y tienen la adicción en el sentido de habituación y dependencia, según he leído. Dicho artículo, dice lo siguiente: “El que fuere sorprendido consumiendo sustancias estupefacientes o usando indebidamente sicofármacos o en circunstancias que hagan presumir que acaba de hacerlo portando estupefacientes para su uso personal, deberá ser puesto a disposición del Juzgado Letrado de Instrucción de Turno, a fin de que éste ordene un examen del detenido por el médico de la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías y por el médico forense,” ,dos médicos, “quienes deberán producir su informe dentro de las veinticuatro horas”. En este caso, da un plazo. El texto continúa: “Si del examen resultare tratarse de un drogadicto,” -adicto a estupefacientes; ese es el término que se usaba en aquel momento- “el Juez impondrá el tratamiento en un establecimiento público o privado o en forma ambulatoria pero siempre sujeto a los controles médicos que establezca la referida Comisión Nacional”. El informe que trae el Ministerio de Salud Pública precisamente hace mucho hincapié en los controles médicos.

El inciso segundo del artículo 40, dice: “El cumplimiento de esta medida, así como su cese, quedará sometido al sistema de garantías establecido en la Ley Nº 9.581, de 8 de agosto de 1936”. Esta es la Ley de Psicópatas, que establece todas las garantías para la internación involuntaria.

Mi consulta es, ¿por qué derogamos esto que prevé las situaciones de las que estamos hablando, para sustituirlo por un proyecto de ley que no cambia sustancialmente lo que está dispuesto? Esa es la pregunta clave.

SEÑOR ROVIRA.- En realidad, cambia sustancialmente la filosofía de la norma.

En esta norma del año 1974, aparecen vocablos y verbos de corte claramente punitivo y alude a “el que fuere sorprendido consumiendo sustancias” etcétera, es decir, habla de la figura del detenido, de claro corte penal. Además, dice que será el Juez quien dispondrá el tratamiento a llevarse a cabo.

Por lo tanto, al cabo de cuarenta años de esta norma, se cambia la visión de la temática en función de la doctrina más moderna -de la cual no soy especialista- porque el enfoque que debe darse desde el punto de vista legislativo a este tipo de situaciones, no es punitivo, sino sanitario.

Creo que el cambio radica sustancialmente en eso, tal como vienen cambiando otras leyes en otras temáticas donde el tema de la salud está en juego, haciéndose hincapié en el aspecto sanitario y asistencial de la persona, eliminando toda rémora de tipo punitivo, que creo es lo que caracteriza el artículo que hoy se propone derogar.

SEÑORA MINISTRA.- Quiero realizar algunas consideraciones.

La propuesta que nosotros hicimos de incluir o delimitar esto, particularmente, al alcohol y a la pasta base, es por considerarlas como las drogas de mayor impacto en la problemática social. Esto no quiere decir -tal como dijeron el señor Senador Lacalle Herrera y el señor Presidente de la Comisión- que existen algunas drogas como la heroína o el cannabis que pudieran ocasionar algún

efecto en caso de que se produzca un accidente de tránsito. Es un tema bien difícil, porque hay personas que utilizan psicofármacos para dormir o, inclusive, alguna medicación cuando reciben tratamiento oncológico. En realidad, las drogas que adquieren mayor relevancia social, por el momento, son el alcohol y la pasta base.

Estos dispositivos que se incorporan a la red.

SEÑOR PRESIDENTE.- Con todo respeto, señora Ministra, según la Junta Nacional de Drogas, la prevalencia en el uso de la cocaína es mucho mayor que la prevalencia en el uso de pasta base, tanto a nivel de menores como de mayores. No hay demostración en ningún lado de que la cocaína cause menos situaciones graves de alteración psíquica o de conmoción que la que causa la pasta base. Por ello, solicitaría a la señora Ministra que revisara esa concepción, porque me parece que no se condice con la epidemiología.

SEÑORA MINISTRA.- No pretendo ingresar en un debate sobre este tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- Simplemente, le hago una observación sobre lo que acaba de decir.

SEÑORA MINISTRA.- Lo que quiero decir con esto es que, a veces, es difícil enmarcar a todos los estupefacientes en relación con el objetivo del proyecto que se propone.

Por otro lado, quisiera aclarar que los dispositivos que se incorporan a la red, desde el punto de vista integral y de acuerdo con las aspiraciones que tenemos como Ministerio, son los del sector público y, además -tal como señaló el señor Senador Agazzi- están en red.

Justamente, la figura del policía está incorporada en el equipo interdisciplinario. Cuando nos preguntamos cuál es el lugar ideal para ubicar a este Consorcio, si hay policía, evidentemente, no compete al Ministerio de Salud Pública. Este es un tema bien complicado. Además, el Ministerio de Salud Pública es una figura de rector en salud, pero no de brindar prestaciones en este sentido. A partir de la ley de descentralización de ASSE nuestra Cartera tiene exclusivamente la función rectora y no de prestadora. Con esto quiero decir que esta visión no pretende ser exclusivamente judicializadora ni exclusivamente asistencialista sanitaria o medicalizada. Creo que hay que lograr un balance, según los objetivos de esta ley, que tenga mucho contenido en cuanto a aspectos que tengan relación con los temas sociales.

Estas son las puntualizaciones que quería hacer a este respecto.

Antes de retirarme me gustaría invitar a la Comisión de Salud Pública del Senado al lanzamiento de una campaña de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer en referencia a las mujeres jóvenes, tal como nos habíamos comprometido en este ámbito. En el día de hoy se hace un evento que tiene que ver con esto en la Sala Adela Reta y en este momento estamos haciendo una promoción con modelos muy bonitas que están hablando de un tratamiento anti *age* para la piel, intentado captar la población de la que habíamos hablado en una de las exposiciones aquí. Se trata de un sector de la población que se había vuelto bastante resistente a toda la campaña que estábamos haciendo.

Por último, como todos saben, la semana que viene se lleva a cabo la Semana de la Salud Cardiovascular y se realizarán distintas actividades, por lo cual les haremos llegar las invitaciones y los esperamos con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho la invitación y, en lo personal, me excuso con pena, no por lo de las chicas bonitas, sino porque me gustaría concurrir a la presentación.

(Se retiran de Sala la señora Ministra de Salud Pública y sus asesores.)

-La Comisión de Salud Pública tiene el gusto de recibir a la Junta Nacional de Drogas en las personas de su Presidente, el Prosecretario de la Presidencia de la República, doctor Diego Cánepa, del Secretario de la misma, el sociólogo Julio Calzada, con quien ya habíamos tenido oportunidad de dialogar sobre algunos de estos temas, del sociólogo Héctor Suárez, del Observatorio Uruguayo de Drogas y del psicólogo Augusto Vitale, de la Secretaría de la Junta Nacional de Drogas.

SEÑOR CÁNEPA.- Agradezco mucho la invitación realizada y la oportunidad que se nos da para expresar la visión de la Junta Nacional de Drogas sobre esta temática.

Nuestro Organismo ya ha sido invitado a esta Comisión en otras oportunidades pero, en lo personal, no he tenido la ocasión de asistir en mi calidad de Presidente, aunque hemos estado representados por el Secretario de la Junta Nacional de Drogas, el sociólogo Calzada. De todos modos, me interesa expresar en este momento mi agradecimiento por poder manifestar algunas de mis opiniones que, en este caso, son las que la Junta ha tenido en cuenta para elaborar este proyecto de ley que excede algunas de sus competencias pero que, evidentemente, está vinculado a ella por ser el órgano rector de las políticas de droga en nuestro país.

Como bien saben, este proyecto de ley enviado en su momento por el Poder Ejecutivo ha generado mucha discusión y ha sufrido cambios sustanciales, de acuerdo con el proyecto sustitutivo presentado por el señor Senador Agazzi que nos ha acercado la Comisión.

Desde nuestra perspectiva, entendemos -y teniendo en cuenta que es la primera vez que puedo trasmitir mi opinión- que la propuesta presentada por el señor Senador Agazzi, en cuanto a los cambios efectuados al proyecto de ley remitido por el Poder Ejecutivo, que mantiene, a nuestro entender, los objetivos centrales y el espíritu de la iniciativa -quiero usar las palabras correctas para que nadie se siente herido- es mucho mejor, por lo que expresamos nuestro apoyo a algunos de los cambios realizados que, a nuestro juicio, van en la dirección correcta.

Sí podemos trasmitir que puede haber algunos elementos que aparecerán cuando comiencen las preguntas de los señores Senadores respecto a opiniones y temas que han sido discutidos sobre este proyecto de ley, sobre los que nosotros tenemos opinión formada. Tengo idea de que algunos temas han cambiado, incluso el texto que nosotros manejamos, pero globalmente compartimos el objetivo que consiste en la necesidad de tener un instrumento específico que nos ayude a discutir cómo limitamos algunos derechos individuales a partir del interés general.

Señor Presidente, cada vez que se trata este tipo de proyectos de ley -y usted lo debe saber mejor que nosotros- entran en tensión dos valores importantes para la sociedad: los derechos individuales y el interés general de la sociedad, y se debe tener mucho cuidado al expresarlo en un proyecto de ley de manera explícita o implícita, porque solamente a través de la ley se pueden limitar esos derechos. Por algo es solamente a través de la ley: porque deben estar las garantías del proceso legislativo a través de ustedes, los legisladores, que nos representan a todos e interpretan el interés general y plantean cuáles son los límites claros, porque deben estar muy detallados en la ley para dar garantía a los ciudadanos de cuándo el Estado puede actuar en consecuencia para limitar esos derechos.

Nosotros entendemos que el derecho a la vida, tal como está planteado, es el derecho tutelado mayor en este proyecto de ley. Se busca tutelar la vida de quienes tienen una adicción grave o muy grave, que puede generar una situación de grave alteración psíquica, como dice la iniciativa, y que al mismo tiempo puede provocar una distorsión en el ámbito privado. La ley habla también de lo que puede suceder en un hogar con el jefe o jefa de hogar o con el pedido de instrumento o mecanismo creado en el proyecto de ley para actuar en la vía pública. Este debió crearse con la congruencia, no solo de nuestro Código Penal, sino de la reciente Ley Nº 19.120, de faltas, que aprobó el Parlamento Nacional, que establece una nueva modificación al Libro III, Título I de las faltas del Código Penal, generando una nueva tipología en ese aspecto. Por lo tanto, la iniciativa tiene que ser congruente con la nueva legislación que está implementándose en nuestro país y al mismo tiempo debe dar respuesta específica a lo que se ha planteado.

Para ser muy breves, quiero decir que a priori no tenía problema con la palabra “Consorcio Público”, pero después de ver el proyecto de ley he escuchado algunos colegas que han planteado reparos a la autorización de términos más vinculados al Derecho Comercial que a este tipo de emprendimientos. Entiendo la voluntad y el objetivo que se persigue, pero es un tema de nombre y nosotros no compartimos la solución dada.

Sin ánimo de generar un debate, quiero adelantar algo sobre una cuestión que se plantea recurrentemente -lo digo porque hoy tuve que venir al Parlamento en más de una oportunidad, a diferentes Comisiones, siempre con el objetivo de dejar bien en claro la posición del Gobierno, de la Presidencia de la República y del señor Presidente, con relación a este tema-: ¿por qué razón colocamos esto en el ámbito de la Presidencia de la República, tal como surge del artículo 2º del proyecto de ley? Ante todo, porque no es novedad que la propia Junta Nacional de Drogas, desde su creación, está en la órbita de la Presidencia de la República. ¿Y por qué esto es así? Porque -y esto forma parte de un debate que, en realidad, no corresponde a esta Comisión y quizá tampoco a esta oportunidad, pero aun así voy a pedir al señor Presidente que tenga la indulgencia de dejarme expresar algunos de los fundamentos, no solo por este tema en particular, sino por otros que se han planteado- tampoco es novedad de este Gobierno -o de este Período de Gobierno- el tener instrumentos de transversalización y de articulación de políticas en la Presidencia de la República.

En lo personal, soy consciente de que a nivel académico -no político- hay una vieja discusión sobre la naturaleza jurídica de la Presidencia, según nuestra Constitución. Al respecto hay dos posiciones. Una de ellas establece que es un órgano cerrado y que, por lo tanto, no puede tener otras agencias, institutos ni funciones, y la otra -minoritaria- es la Academia, que sostiene que es un órgano abierto y que puede sostenerse. No estamos aquí para definir problemas de la Academia con respecto a nuestro funcionamiento, pero claramente la historia del país indica que desde hace muchísimo tiempo, gran parte de las tareas de transversalización y articulación de políticas han estado en la órbita de la Presidencia de la República. Antes de la creación del Ministerio de Desarrollo Social, la articulación de las políticas sociales en nuestro país no dependía de un Ministerio, sino de la Presidencia de la República; así fue desde la época del Gobierno del doctor Lacalle Herrera -lamento que el señor Senador se haya retirado, porque esta es una cuestión que he discutido con él- que se extendió desde 1990 a 1995. Otras instituciones se han creado en articulación y transversalización. De hecho, unidades reguladoras como la Unidad Reguladora de Servicios de Energía y Agua, y la Unidad Reguladora de Servicios de Comunicaciones, están dentro del Inciso “Presidencia de la República”, porque así sucede con todo aquello que es regulatorio o transversal al Poder Ejecutivo.

Ahora bien: se formulan críticas con relación a esto, como pasible de crítica es también la creación de este Consorcio Público -o como se lo quiera llamar- en el ámbito de la Presidencia de la Republica. ¿Cuáles son esas críticas? Se aduce que, más allá de la discusión académica, detrás de todo esto existe el intento de vaciar de control parlamentario algunos aspectos de las políticas públicas. Por mi parte, quiero dejar claramente establecido que alejar el control parlamentario es algo que está totalmente alejado de la voluntad del Gobierno, del Presidente de la República, en particular, y también de quien habla. Por nuestra parte, sostenemos que ese argumento que se maneja no es así, por varias razones.

Vale recordar que esta misma discusión se dio en su época, al momento de crearse a nivel constitucional la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. También se dio cuando la restauración democrática, en el año 1985; entonces en el Parlamento Nacional se discutió fuertemente el lugar institucional que debía tener la Oficina Nacional del Servicio Civil, y el Gobierno de la época entendió -a mi manera de ver, correctamente- que debía estar en la Presidencia de la República debido, justamente, a la necesidad de articulación y transversalización de políticas. En la década de los noventa se aprobó una ley específica que estableció que ambas Oficinas deben atender e informar al Parlamento, dejando así claramente establecida su responsabilidad en ese sentido.

Por nuestra parte, entendemos que tanto el Ministerio de Salud Pública, como el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio del Interior, que integran este Consorcio, representan la responsabilidad del Poder Ejecutivo bajo nuestro sistema institucional. La responsabilidad parlamentaria la tienen los Ministros, en nombre del Poder Ejecutivo, y cualquiera de ellos puede responder -bajo su responsabilidad ministerial- a las acciones que lleve a cabo el organismo. Aun así,

si fuera necesario dejar establecido a texto expreso el control parlamentario de este Consorcio creado a nivel de la Presidencia de la República, no tendríamos ningún inconveniente. Y si se quisiera dejar un artículo expreso -tal como existe en el caso de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, y la Oficina Nacional del Servicio Civil- también estaríamos de acuerdo. En suma, si los señores legisladores entienden que eso daría mayor tranquilidad, estamos dispuestos a rever el punto.

Con respecto a otros elementos de la iniciativa, rápidamente diremos lo siguiente.

Ante todo, vemos correcto el hecho de que el punto de vista sanitario haya tomado la preeminencia en el espíritu y en los objetivos de la norma. Ahora bien; hay temas que los señores Senadores deberán discutir con mayor profundidad, porque son muy complejos de resolver. Más allá de los aspectos sanitarios que guían esta norma, y de la construcción de un mecanismo de articulación a través del Consorcio y también del fideicomiso -que es el que va a generar la operatividad del Consorcio, específicamente para estos casos- hay que ver cómo se va a responder, frente a la demanda que puede haber, en lo que respecta a la utilización de este mecanismo de internación en el caso del que se ha hablado, esto es, que la persona se encuentre en una grave situación psíquica y un informe médico indique que debe internarse y someterse a determinado tratamiento. En definitiva, hay que ver cómo puede responder la instrumentación de la actual situación del Estado.

Muchas de las tareas que ustedes ya conocen -tal vez no sea necesario abundar en ellas- y sobre las que ha avanzado en los últimos tiempos la Junta Nacional de Drogas a través de los distintos programas -por eso me acompañan el psicólogo Vitale, el sociólogo Suárez y el Secretario Nacional para ilustrar a la Comisión sobre los avances realizados- son para poder dar respuesta a esa temática.

Hay algunos aspectos sobre la judicialización de la decisión de la internación -quizás está prevista en otras normas para casos que son similares, pero no iguales- que habla de situaciones de alteración vinculadas al consumo de alcohol y estupefacientes donde hay una incongruencia que la encontramos después.

El artículo 1º del proyecto de ley toma como ámbito el tratamiento y rehabilitación social de las personas en situación de riesgo para sí o para terceros por el consumo de sustancias estupefacientes. El segundo inciso de este artículo define las sustancias estupefacientes de acuerdo a las Listas contenidas en el Decreto-Ley Nº 14.294 -se trata de un listado muy amplio con distintas sustancias químicas- pero no está incluido el alcohol. Por lo tanto, para ser congruentes con lo establecido en los artículos 5º y 6º habrá que generar un cambio en alguno de ellos, decisión que deberán tomar los señores Senadores.

Nosotros entendemos que puede haber algún aspecto que pueda ser mejorable, pero nuestra función es trasmitir que este es un instrumento necesario, que debemos ser cuidadosos al hablar de la limitación de derechos individuales por interés general, pero creemos que es un aspecto sanitario necesario en esta etapa. Insisto -pido disculpas por la digresión- que si tenemos suerte y se aprueba con cierta celeridad en la Cámara de Diputados, ustedes tendrán la oportunidad de discutir la ley marco regulatorio del consumo de alcohol enviada por el Poder Ejecutivo. Es necesario circunscribir dentro de una visión general y conceptual del gobierno estos proyectos de ley que van en el mismo camino. Algunos podrán interpretar legítimamente en la discrepancia, que hay cierta incongruencia cuando se envían determinados proyectos de ley con una línea u en otra. Al respecto quiero decir que esto lo veo con una absoluta coherencia. Nosotros estamos yendo hacia la lógica de que las drogas más consumidas en el país entren en un mercado estrictamente regulado como una de las soluciones para generar políticas públicas ante la situación de adicción y los cambios de patrones culturales que hemos advertido, fundamentalmente con el alcohol que es una de las drogas legales.

Como sabemos, la segunda droga legal más consumida es el tabaco o la nicotina, cualquiera sea el agente que genera la adicción -los señores Senadores lo sabrán ya que son más especialistas que yo que apenas soy abogado- más las otras sustancias que contienen los cigarrillos. Por otra parte nosotros presentamos el proyecto de ley que regula el mercado del cannabis en el mismo sentido que las tres drogas más consumidas en el Uruguay. Más allá de que cualquiera de ellas ocasiona daños a la salud de acuerdo al consumo que se tenga, lo que necesitamos es tener un mercado estrictamente regulado.

A la vez, necesitamos elementos que den respuesta a situaciones de alteración -no solamente para la convivencia de los ciudadanos a nivel público y privado, a veces invadiendo algunos aspectos del derecho individual- por la insatisfacción enorme que existe en gran parte de la ciudadanía cuando no se encuentran instrumentos legales que permitan generar las condiciones para los tratamientos de rehabilitación de determinadas adicciones.

Quiero aprovechar la oportunidad para decir que a veces es más difícil para quienes como ustedes tienen un vasto conocimiento en el tema, que para nosotros que estamos más que nada por una responsabilidad política, no caer en la tentación del debate fácil o por el eslogan, cuando se habla de drogas.

Agradezco a la Comisión que me haya permitido escuchar la última parte de la intervención de la Ministra de Salud Pública, y si bien el Presidente hizo una interrupción que comparto -porque esos son los datos- en nuestro país la prevalencia del consumo de cocaína es muy superior al de la pasta base. Sin embargo, usted estará de acuerdo conmigo en que el impacto social debido a los medios de comunicación o a lo que ha significado en la construcción del imaginario colectivo el consumo de pasta base, ha generado un enorme cambio de visión con respecto al vínculo que se establece -que mediáticamente es muy difícil de modificar, aunque tenemos que trabajar para hacerlo- entre el consumo de droga -por supuesto, el narcotráfico sí está- y la delincuencia. Creo que este proyecto de ley que presenta el señor Senador Agazzi introduce cambios en el sentido correcto ya que en él se vuelve a percibir al adicto como una persona con un problema de salud, con una adicción, que es un tipo de enfermedad que debe ser tratada desde el punto de vista sanitario, previendo mecanismos para que el Estado pueda acceder a darle el mejor tratamiento posible a través de los distintos estadios que tiene como persona pública mayor. Quiere decir que no estoy hablando solamente de lo que el Gobierno pueda hacer sino también a una regulación que incluya al otro sector de la salud. Disculpen la digresión pero no me gusta llamar sector privado al de las mutualistas; entiendo que es un sector semiprivado, pero esta es una discusión jurídica en la que he perdido siempre. Entonces llamémosle “sector mutual”, y también quiero aludir al sector público, que nació como sector separado después de la aplicación del Sistema Nacional Integrado de Salud y que está regulado a través del Ministerio de Salud Pública.

Por lo tanto, estamos abiertos a las consultas que entiendan pertinentes sobre estos temas. Nosotros entendemos que este proyecto de ley es un paso positivo aunque los señores Senadores tendrán que seguir discutiéndolo para encontrar las mejores soluciones a los problemas que tenemos planteados.

SEÑOR AGAZZI.- Quisiera aprovechar esta oportunidad para hacer una pregunta a quienes nos visitan para ver por el agujero de la cerradura con el cual miran el problema de la lucha contra las drogas. En realidad, cada uno lo ve desde el lugar institucional donde está y en ese sentido el aporte de ustedes va a ser interesante.

Al leer este proyecto de ley surgen dudas porque aquí se propone un dispositivo que no funciona en forma aislada sino que está unido a otros. La ley no dice nada de eso y con frecuencia tenemos una discusión, porque nos preguntamos: “¿Y después qué?”. Esto tiene un procedimiento garantista de cómo internar a la persona y cómo deben participar los técnicos frente a un problema real que hay. Pero, ¿qué hay para el tratamiento posterior? Quizás ustedes puedan darnos una respuesta. Ayer tuve la suerte de participar en la inauguración del Centro Chanaes y ahí me enteré de algunas cosas, pero quizás hoy, ya más tranquilos y tratando específicamente este tema, podamos tener conocimiento de qué dispositivos hay para el tratamiento posterior de las personas que fueren internadas. Ese es un tema que me parece importante.

En segundo lugar, este es un procedimiento de internación complejo que tiene aspectos sanitarios, de conducta de los individuos, jurídicos, de libertades individuales y de defensa del interés del asociado. Entonces, parecería -también se ha dicho- que este mecanismo de internación es muy complicado. Algunos han dicho que tiene una excesiva judicialización pues participa el Juez, un abogado defensor, etcétera. Esta iniciativa tuvo origen en el Poder Ejecutivo.

La otra cuestión es el famoso tema del jefe o jefa de hogar, que es algo que lo introdujimos nosotros, porque en la ley originalmente no estaba previsto, sino que solamente estaba previsto para gente en situación de calle. Pero delegaciones que vinieron nos plantearon por qué solo para gente en situación de calle, ya que podía darse la existencia de problemas en el ámbito de las familias y se planteaba poder utilizar también en esos casos este mecanismo. Lo de jefe o jefa de hogar viene de una forma constitucional de expresión y de la importancia que tiene.

SEÑOR CÁNEPA.- Ha habido un cambio de época.

SEÑOR AGAZZI.- Pero lo que no podemos introducir como un cambio de época es la importancia de lo inviolable que es el hogar. Entonces, con relación a esto se han planteado distintas cosas. Pensamos que alguien del hogar tiene que llamar al Consorcio o a quien corresponda; después veremos cuál es la palabra más adecuada. Pero tiene que ser alguien responsable. Quizás este sea un tema más jurídico que médico.

Por último, ha habido algún planteo con relación al fideicomiso. En el artículo del fideicomiso indica quiénes aportan a él, y el Ministerio del Interior integra el Consorcio pero no aporta al fideicomiso. ¿Hay alguna razón para eso? También es cierto -no nos habíamos dado cuenta- que el Consorcio tiene una cierta estructura en su integración y el fideicomiso otra. Esperemos que a este respecto nos puedan dar información, o mandarla posteriormente.

Esas son las cuatro preguntas que quería hacer, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- En primer lugar, agradezco que hayan concurrido con tanta rapidez a los efectos de tratar este tema.

Quiero plantear, en primer lugar, que desde el punto de vista de la convivencia, que fue el origen de estos proyectos de ley, creo que sería enormemente conveniente tomar de este proyecto de ley aquellas disposiciones que sean imprescindibles e incorporarlas al que regula el control y la regulación del mercado de la marihuana. ¿Por qué digo esto? Porque se trata de una misma materia; son simplemente distintos ángulos desde los cuales se ve el asunto. Aquel es más restrictivo con respecto al control del mercado, pero también tiene algunas disposiciones sobre prevención, educación, etcétera, y también sobre tratamiento y rehabilitación.

Además, desde un punto de vista práctico este proyecto de ley ingresa por el Senado y, por lo tanto, una vez que terminemos de tratarlo y lo aprobemos en el Plenario, tiene que ir a la Cámara de Representantes, con lo cual su aprobación y puesta en funcionamiento va a ser, probablemente, bastante posterior al proyecto de ley que regula el mercado de la marihuana. Creo que ese desfasaje en el tiempo no le hace bien al objetivo final del Poder Ejecutivo, que es lograr instrumentos que permitieran mejorar la convivencia entre los ciudadanos.

Esta era una primera consideración que quería hacer.

En segundo lugar, me preocupa mucho algo que surgió claramente de la entrevista que tuvimos con el Ministerio de Salud Pública. No hay ninguna duda acerca de que quienes cometen este tipo de actos de grave alteración psíquica por el consumo de estupefacientes -en el caso de este proyecto de ley- o de estupefacientes y alcohol -si uno quisiera ampliarlo desde ese punto de vista- son enfermos mentales. Precisamente, al ser enfermos mentales están comprendidos dentro de la Ley de Psicópatas -que será antigua, pero tiene disposiciones muy sabias, es debidamente garantista, debidamente médica, etcétera- y también dentro de la ley de 1974 sobre Estupefacientes. Por lo tanto, me da la impresión -y así lo confirmó el doctor Montalbán como Jefe de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública- de que las dificultades no han estado en la carencia de instrumentos legales, sino en la aplicación de esos instrumentos legales en la práctica. Por ello tengo mucho temor de que estemos haciendo un progreso de papel, porque si no estamos mejor organizados y no tenemos más ampliamente disponibles los centros de contención y detoxificación, así como los centros de rehabilitación y las políticas de reinserción laboral y social, no vamos a avanzar en la solución real del

problema. Por el contrario, estaremos avanzando en las disposiciones jurídicas o, mejor dicho, las vamos a estar cambiando pero quizá no avancemos.

Debo decir que hice algunas cuentas que surgen de los datos de los años 2011 y 2012, proporcionados por la Junta Nacional de Drogas sobre encuestas de consumos de distintas sustancias. Hay algo que me llamó un poco la atención -es un tema que en su momento sería bueno aclarar- y es por qué la encuesta de 2011 abarca solamente a menores y a estudiantes de 13 a 17, dejando afuera al resto del universo en cuanto a edades, pero además en cuanto a quienes ya, a esa edad, no son más estudiantes. Es más, probablemente la prevalencia entre quienes no son más estudiantes sea bastante más alta que entre aquellos que sí lo son.

De cualquier manera, como decía, he estado viendo esas cifras al igual que las del relevamiento del año 2012, que toma desde los 18 hasta los 65 años, o sea otra población. El total que obtuve, teniendo en cuenta los consumidores problemáticos, es muy preocupante; son cifras elevadas. Los actuales consumidores problemáticos de marihuana, mayores de edad, definiendo esto como quienes tienen un consumo diario y tal vez adicionando la mitad de quienes tienen un consumo semanal -porque van en camino a la otra situación- me da una cifra de 32.000 personas. Podemos suponer que dentro de esas 32.000 personas hay un porcentaje relativamente alto de quienes en algún momento del año tienen un episodio de los que estamos hablando -es decir, una descompensación psíquica, un estado de grave alteración psíquica- por lo que desde el punto de vista sanitario todas ellas necesitan contención, rehabilitación e inserción, pero no veo que el Uruguay tenga, ya sea en el nivel público como entre el nivel público y el privado, la infraestructura asistencial como para poder enfrentar ese problema.

En cualquiera de las dos iniciativas, ya sea en la del mercado de la marihuana como en la que nos ocupa en el día de hoy, ese es el aspecto central: el tema de la salud.

Señalo con mucha preocupación el tema de la marihuana; y es aún más importante, no desde el punto de vista numérico pero sí desde el punto de vista de la gravedad, observar la cantidad de consumidores mayores de edad de cocaína, sin tener en cuenta a los consumidores menores de edad. Contabilizando solo a las personas que consumieron dentro de los últimos treinta días, tenemos alrededor de 10.000. Con respecto a la pasta base, las cifras son también muy importantes si tomamos en cuenta solamente a los que consumieron durante los últimos treinta días. En un caso, podrían ser 10.000 personas más o un número similar porque no se sabe cuántos se superponen entre esos tres universos: los consumidores problemáticos o potencialmente problemáticos de marihuana, cocaína y pasta base.

Entonces, ¿cuál es el punto? El punto no es que carezcamos de instrumentos legales; carecemos de lugares adecuados para contención y detoxificación, para la rehabilitación y la reinserción social y laboral. Esa es mi preocupación. El hecho de que lo veamos como una sola ley o como dos leyes separadas -preferiría que fuera una sola para que se promulgue toda junta- no me preocupa; mi principal preocupación es saber si contamos con los servicios necesarios. El doctor Montalbán dijo que dentro de la estructura pública hay camas libres, camas que no se están utilizando. Tal vez eso sucede porque no estamos llevando a esas camas a quienes realmente lo necesitan.

Me gustaría conocer la opinión del Poder Ejecutivo, concretamente del Presidente de la Junta Nacional de Drogas, porque en definitiva eso es lo que hace o no a la convivencia que es el origen de estos proyectos.

SEÑOR CÁNEPA.- Voy a contestar alguna de las preguntas, luego cederé el uso de la palabra al sociólogo Calzada que está mejor preparado que quien habla para poder contestarlas.

A efectos de saber si comprendí bien una de las preguntas, quiero comenzar haciendo una pregunta sobre el artículo 6º del proyecto de ley sustitutivo que hace referencia a “la jefa o jefe de hogar”. Después veremos si se trata o no de un nuevo proyecto de ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Disculpe la interrupción, es un proyecto de ley sustitutivo respecto al proyecto de ley que envió el Poder Ejecutivo y que ingresó directamente por el Senado.

SEÑOR CÁNEPA.- No es sustitutivo, entonces, de un proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes. Estaba confundido. Vine aquí pensando que era un proyecto de ley sustitutivo de un proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes. Pido las disculpas del caso.

¿Cuál es la duda sobre ese artículo? La duda puede estar en dos temas y voy a decir algo con respecto al alcance de "jefa o jefe de hogar" que puede ser muy discutible porque no se trata de una posición del Poder Ejecutivo. Es muy claro lo que establece la Constitución de la República cuando nombra al jefe de hogar, básicamente por algo que discutimos muchísimo en el Parlamento cuando se votó la Ley de Procedimiento Policial. Los señores Senadores recordarán que el año pasado se dio un profundo debate con organizaciones sociales y mucha gente a nivel nacional respecto al alcance de algunos artículos que indicaban que no había derechos absolutos y sobre cuál era el extremo en cuanto a que no se podía intervenir en el hogar de cualquier forma, así como tampoco cuando ya se había ocultado el sol, sino que había que esperar hasta la mañana siguiente. Hoy en día, muchas veces parte del problema que se da en la lucha contra el narcotráfico en las bocas de pasta base -ahora no son solo de pasta base, sino de muchas otras drogas como las nuevas drogas sintéticas y metanfetaminas que serán un problema que enfrentar en los próximos años- es, justamente, que al trabajar esas personas durante la noche, la policía no puede ingresar al domicilio hasta la mañana siguiente. Y, normalmente, cuando se ingresa ya no existe ningún elemento probatorio de la utilización de la droga porque se hace desaparecer de alguna manera en el hogar, ya sea en el baño o en cualquier otro lugar.

Como decía, en aquella ocasión tuvo lugar una discusión muy fuerte porque hay casos de cátedra muy clásicos. ¿Qué sucede si uno va con la policía o con los bomberos y ve a una persona apuntando a otra dentro de una casa de noche y es el jefe de hogar?

Cuando se escribió la Constitución, la definición de jefe de hogar era muy clara porque se refería al hombre. En realidad, la definición jurídica de jefe o jefa de hogar que no se encuentre es relativa, porque existen antecedentes en el Banco de Previsión Social. Hay leyes que establecen que se le dará a quien sea jefe o jefa de hogar, que es quien tiene la mayor capacidad en términos económicos. Muchas veces esto es muy claro porque es la única persona adulta en el hogar. En otros casos, cuando hay más de un adulto, es quien tiene a su cargo la mayor manutención del hogar.

Pero si hay una situación de riesgo de vida y hay un enfrentamiento entre dos derechos constitucionales, ¿cuál de ellos prevalece? Debe prevalecer el principal. Eso está incluido en el artículo 7º de la Constitución, que establece el derecho a la protección de la vida e, incluso, alcanza el derecho a la propiedad. Quiero dejar constancia en la versión taquigráfica -lo he dicho varias veces- de que no me gusta que el derecho a la propiedad quede incluido en ese listado. Aunque es un derecho constitucional, considero que no debería estar en el mismo rango, por más que algunos constitucionalistas se devanen los sesos diciendo que en el orden en que se escribió en el texto es en el orden en que están incluidos los derechos en la Constitución.

En realidad, hay excepciones, porque en nuestra Constitución no hay derechos absolutos. Reitero, ningún derecho es absoluto. Ni siquiera el derecho a la vida lo es. Si no fuera así, no existiría la legítima defensa como concepto jurídico. Si un derecho es absoluto, nunca podría haber eximentes. Por lo tanto, cuando un ser humano le quita la vida a otro, no debería haber ningún eximente a esa vida quitada. Sin embargo, hay eximentes jurídicos que están basados en la proporcionalidad de la respuesta a través de la defensa de la propia vida. Esto es así porque hay una forma jurídica que establece conceptualmente que puede ser así.

En consecuencia, me parece correcto que se ingrese en la problemática de qué pasa cuando se entra a un hogar en el que existe una situación de grave alteración psíquica o como se defina técnicamente. No soy médico, psiquiatra ni psicólogo para saber si esta es la definición correcta desde el punto de vista técnico, pero si hay una persona que está alterada, bajo los efectos de estupefacientes o alguna otra sustancia, debe haber mecanismos para que ese jefe o jefa de hogar pueda generar una situación para resolver esa problemática sin llegar al extremo de poner en riesgo su

vida. Actualmente, sin necesidad de esta ley, si una persona siente que su vida está en riesgo, llama a la policía sin importar la hora que sea y esta entra. Esto es así porque hay un derecho constitucional con respecto a la vida que tiene que cumplirse. Si una persona llama y dice que alguien la va a matar, aunque se trate de un familiar -un hijo, un nieto- la Policía interviene. Lo que esto está tratando de hacerse es que esté cubierto sin llegar a ese extremo. Sin que la persona ponga en riesgo la vida, se da una situación donde objetivamente desea intervenir. Personalmente, considero que este artículo es correcto. Me parece que da respuesta a un instrumento que hoy no se tiene en la legislación nacional.

El señor Presidente decía que había muchos elementos. Sin embargo, este es un ejemplo de que actualmente, en la legislación nacional, no existe reglamentación para poder intervenir. Por tanto, creo que es un avance que se hace, con las previsiones y los límites necesarios que debe haber a nivel legal.

Quería plantear este aspecto por un lado.

Por otra parte, quiero hacer referencia al tema del Consorcio y del fideicomiso que se planteó aquí: ¿Por qué razón está en el Consorcio y no en el fideicomiso? Según el artículo 3º del proyecto de ley sustitutivo, el Consorcio "tendrá como cometido la planificación, el diseño, la ejecución, la gestión, coordinación, la administración y evaluación de los recursos necesarios para cumplir sus fines". ¿Por qué se crea el Consorcio? Uno podría pensar que ni siquiera lo necesita, porque ya están las instituciones y los Ministerios correspondientes con sus cometidos específicos, cada uno sabe en lo que tiene que actuar y, entonces, ¿para qué creamos un Consorcio para hacer esto?

La experiencia indica -y me parece que es importante entender- que políticamente es muy fácil decir que una cosa se va a articular o a coordinar a nivel de política pública. Es muy lindo en el discurso. Sin embargo, luego, al llevarlo a la práctica institucional no es lo mismo. Es allí donde permea todo, donde se debe realizar el trabajo concreto y diario para cumplir con las coordinaciones que se deciden a nivel macro, es decir, entre los Ministros, entre los Subsecretarios; pero donde tiene que avanzarse, donde existe la propia estrategia, las definiciones presupuestales de esas instituciones tienen que estar vinculadas a la definición.

Aquí hay algo muy claro -y estoy hablando a nivel personal-; una política pública que no tiene presupuesto no es política pública, es otra cosa; es una manifestación de voluntad. Y cuando uno dice que va a coordinar y no lo hace presupuestalmente, en realidad, no coordina nada; lo que hace es coordinar más o menos las acciones. Para lograr coordinar los presupuestos se genera este tipo de instrumentos que hace que se generen políticas transversales en un Estado donde son muy complejas esas políticas, porque es un estado heredero de una lógica muy compleja de romper en Uruguay. No quiero entrar en otro tema que sería de gran debate aquí -algún día, si tengo la suerte, lo podré dar en este u otros ámbitos- pero lo cierto es que seguimos teniendo un diseño institucional que no está acorde a las necesidades de dinámica de gobierno que existen. Me refiero a la separación por Ministerios totalmente sectoriales y verticales. Es verdad que después se coordina, pero antes se hace la mayor defensa del cometido legal de cada uno de ellos, a través de su ley orgánica y de sus leyes de creación. En este marco, generar en el territorio determinado tipo de articulaciones es realmente muy trabajoso en la práctica cotidiana del gobierno.

Este tipo de consorcios viene a solucionar esto, y el fideicomiso es el mecanismo de gestión más ágil que podemos encontrar para dar respuesta a lo que decía el señor Presidente, que en lo personal comparto: uno de los grandes desafíos de este tipo de leyes es que den respuesta a la expectativa que generan con su aprobación. Y más allá de que luego voy a ceder la palabra al sociólogo Calzada y a los otros miembros de la Junta Nacional de Drogas para que cuenten todo lo que hay y cómo está preparado, hay una gran cantidad de normativas que se han dado, pero que tienen que ver con los procesos de cambio que se deben dar articuladamente y con sustentabilidad. Aquí la palabra clave es "sustentabilidad".

Lo que no se puede hacer es dejar de aprobar normas porque no se tiene todo pronto. Nunca se va a tener todo pronto. Esto es como cuando me decían si me iba a casar cuanto tuviera todo; si hubiera esperado a tener todo, no me habría casado nunca. También recuerdo que todos me aconsejaban que esperara a tener una buena situación económica para tener un hijo, pero la realidad

es que, cuando tuve mi primera hija, no tenía una buena situación económica. Aclaro que no estoy planteando ir a la irresponsabilidad de crear normas que son avances de papel, como bien decía el señor Presidente. Comparto que es un peligro llegar a una inflación de normas que después no se pueden llevar a la práctica, y como el señor Presidente estuvo en el Poder Ejecutivo, sabe que es un gran dolor de cabeza intentar cumplir con normas que son de muy difícil implementación. Pero no es este el caso y, como señalé, hay una batería de medidas y mucho trabajo en lo que se ha ido avanzando.

Finalmente, quiero realizar algunas consideraciones sobre lo que decía el señor Presidente. En mi caso no lo conozco personalmente, pero sé que es inteligente y lo ha demostrado con sus intervenciones; sin embargo, tengo que discrepar con su silogismo, porque adolece de una premisa que no es correcta. El señor Presidente sostiene que, de acuerdo con las encuestas permanentes de la Junta Nacional de Drogas, está muy claro que hay 32.000 consumidores con uso problemático de marihuana y que, por lo tanto, deberíamos dar respuesta a todos ellos. Pero la realidad es que en ninguna parte del mundo -y si alguien tiene otra información, le pido que me lo haga saber- hay una infraestructura suficiente para dar respuesta a todos los que aparecen en las encuestas con un uso problemático de cualquier droga, no solamente de esta. Ese es un dato relativo. ¿Por qué no se habla del tabaco, entonces? Por el tabaco hay más muertes que por la marihuana; todavía hoy, a pesar de todas las medidas que han mejorado la prevalencia del consumo de tabaco, hay casi 4.000 muertes anuales por enfermedades derivadas del consumo del tabaco. ¿Cuántas personas hoy tienen adicción al tabaco en nuestro país? Deben ser unos cuantos miles. ¿Tenemos capacidad de ofrecerles un tratamiento para quitarles la adicción a la nicotina a todos los que consumen tabaco? No la tenemos ni jamás la tendremos. Tenemos medidas regulatorias que ocasionan cambios en el mercado y que originan un desestímulo al incremento del consumo; tenemos políticas públicas que van atendiendo a la adicción y creando mejores condiciones, y tenemos políticas de salud que van generando buenas prácticas en la salud de cada uno de nosotros. Por lo tanto, las normas no resuelven por sí mismas este tema. La norma es un marco de actuación; después todo depende de las políticas públicas actuantes. Pero -y voy a entrar en una materia que no es la mía- no hay capacidad en ningún sistema de salud del mundo para dar respuesta completa a todas las problemáticas que se tienen. Por eso hay estudios de cuál es el nivel de respuesta que se tiene, de acuerdo con los mejores porcentajes de atención que se pueden alcanzar.

También, con todo respeto -porque a veces mi forma de hablar puede ser mal interpretada- no puedo discutir la afirmación del señor Presidente en el sentido de que todos los que son adictos a determinada droga son enfermos mentales, pero a priori pienso que no.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lo dijo el señor Director de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública; yo simplemente concuerdo con él.

SEÑOR CÁNEPA.- Existe un problema en mi formación porque, a pesar de que soy abogado, no comparto el principio de autoridad -lo destaco para que figure en la versión taquigráfica- cuando se discute en términos técnicos o científicos. He sido educado en una Universidad -que no tuvo la suerte de ser la misma que la del señor Presidente- donde, lamentablemente, educan a todos los estudiantes de Derecho citando a grandes profesores, como si fuese la verdad revelada, en vez de discutir la esencia de los temas para que cada uno pueda encontrar su propio razonamiento.

Para que conste en la versión taquigráfica -y para que ningún profesor o catedrático de Derecho se enoje aún más conmigo porque lo he dicho en ocasión de ser Consejero de la Facultad de Derecho- debo decir que, dado que he tenido oportunidad de estudiar en el exterior, he constatado que este es uno de los grandes problemas que tenemos en la Facultad de Derecho de nuestro país, puesto que enseña de manera muy antigua, casi decimonónica y sin cambios.

Siempre he tenido una aversión profunda por los principios de autoridad al discutir sobre algunos aspectos, aunque reconozco que son datos importantes. Por lo tanto, si ello fue expresado por una autoridad del Ministerio de Salud Pública. Simplemente, lo que pretendo expresar es que, dado mi conocimiento, no podría rebatir esa teoría, pero entiendo que si hay una mayoría técnica y científica que dice que es de esa manera, se puede discutir.

Creo que no encuadran todos los casos en la Ley de Psicópatas y aquí pasaré a hablar como abogado. En mi opinión -pero también es discutible- creo que todos los casos que se tratan de cubrir con este proyecto de ley, no se cubren con otras leyes. Ello no significa que no le dé la razón al señor Senador Solari acerca de que muchos de los problemas que tenemos se basan en la implementación y cumplimiento de normas, y no en la necesidad de normas. Comparto el principio en general, pero creo que este proyecto de ley viene a cubrir algunos aspectos que no están cubiertos hoy en día a nivel legal.

A su vez, reitero que el instrumento al que hace referencia el artículo 6º sobre "jefe o jefa de hogar" en mi opinión es muy importante, porque se trata de un reclamo muy fuerte de muchas familias con problemáticas muy graves en este tema, y actualmente no existe una norma legal habilitante para actuar en esas condiciones.

Por otro lado, más allá de que puede ser muy claro técnicamente desde el punto de vista científico-médico, el que todos los adictos son enfermos mentales, admitamos que, por lo menos, hay posibilidad de que no se interprete de esa manera y, por lo tanto, deberíamos tener un rango mayor para poder atender las situaciones de adicciones que generen alteraciones psíquicas y distorsiones en la vía pública.

Por tal motivo, el camino para generar este tipo de internación a través de un procedimiento complejo -tal como ha expresado el señor Senador Agazzi- no está previsto necesariamente en todos los casos como el que establece la Ley de Psicópatas. Reconozco que es una materia discutible; esto es más un debate donde algunas de las definiciones técnicas deberían quedar.

Desde el punto de vista jurídico, considero que existe una razón por la cual no se aplica y esta es que, no todos los jueces -y los que aplican las leyes son los jueces- van a interpretar siempre, si no hay una norma específica, que todas las personas que tienen una adicción, casi por definición axiomática, son enfermos mentales y, por la tanto, se le debe aplicar la Ley de Psicópatas. Entonces, ¿cuál es el problema? Aquí estamos hablando de limitación de derechos individuales y hay un principio general que indica que si no hay norma específica y muy clara que establezca esa limitación de derecho, ningún juez de la República limitará ese derecho. En lo personal, considero que es mejor dar este instrumento, más allá de que se pueda tener razón en que ya estuviese actuando la ley, al solo efecto de poder cumplir con la especificidad necesaria en este tema. Creo que en una ley, lo que abunda no daña. Puede ser discutible desde el punto de vista técnico, científico o médico -no digo que sea indiscutible, porque no creo que haya nada indiscutible en materia jurídica- pero entiendo que es un buen elemento tener un instrumento específico, si lo que se quiere acompañar es el objetivo de este proyecto de ley, que es dar instrumentos para actuar específicamente en los casos que establece la ley.

Por último, el proyecto de ley de regulación de cannabis y este, son distintos. ¿Por qué? Los señores Senadores habrán advertido que en todas las leyes que han emanado del Poder Ejecutivo -o por lo menos en las que hemos participado- se ha intentado regular de manera integral los marcos regulatorios. Cuando uno genera un marco regulatorio integral no genera un marco regulatorio total, sino que lo hace porque cree que la función de la ley es generar esos marcos regulatorios y no entrar en la casuística como lo hemos hecho, lamentablemente, en muchas leyes que hemos votado en el Parlamento, donde después la aplicación de las mismas genera una enorme inflexibilidad y un enorme problema de gestión en los Gobiernos. Cuando uno tiene leyes excesivamente detallistas y luego la realidad nos demuestra que hay que modificarlas, vivimos cambiando leyes porque, en realidad, hay que vivir generando posibilidades de mayor flexibilidad en la gestión que se lleva adelante en la política pública. Por lo tanto, el rol es generar criterios claros y leyes integrales claras. La ley del mercado de cannabis es una ley sobre ese mercado y su regulación estricta. En cuanto a cómo actuar frente a una situación de internación dada ante una alteración grave síquica en la vía pública o en el ámbito privado y a cómo debe ser la limitación de ese derecho, decimos que preferimos que se trate de una ley aparte integral para el tema y no vinculada a un aspecto que es para una droga para la que se genera un mercado regulado estricto, pero no se legaliza, y no quiero entrar en el otro tema. Les pido mil disculpas a los integrantes de la Comisión, pero no voy a poder ingresar en el otro tema que ya nos lo habían anunciado, pero hoy no estoy en condiciones de hacerlo. Vuelvo a pedir disculpas y espero que nos citen lo más rápido posible para tratarlo.

No hay duda de que entendemos que existiendo o no esta ley, tenemos que seguir trabajando para generar las condiciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, vinculadas a todos los dispositivos que existen con relación a la atención de adicciones. Por supuesto que es necesario mejorar y, de hecho, en la Junta Nacional de Salud y a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, dentro de las obligaciones que tienen las mutualistas para recibir la cápita, hace un tiempo se estableció un período obligatorio de 30 días, para que las personas puedan recibir determinado tipo de tratamiento ante ciertas adicciones. Eso es lo que recuerdo, pero pueden corregirme los señores Senadores que integran la Comisión de Salud Pública del Senado y que son más versados en la materia. Por tanto, podemos decir que existen iniciativas para generar las condiciones y obligaciones que nos permitan, con sustentabilidad -no solo es un problema de voluntarismo- que el sistema crezca y, al mismo tiempo, que se vayan generando mayores obligaciones que puedan ser sustentables y cumplidas por el sistema público y mutual que debe tener responsabilidad compartida en este tema porque, tal como está redactada la ley, el Juez o la autoridad competente que defina la ley, puede enviar a una persona al sector público o al privado donde se atienden la mayoría de los ciudadanos. Entonces, las mutualistas tendrán que cumplir y eso hará que se genere toda una discusión sobre los costos derivados del tema -y ya se está discutiendo- que, en definitiva, están vinculados a la sustentabilidad del sistema.

SEÑOR CALZADA.- Voy a tratar de ir precisando alguno de los comentarios. Lo primero que me parece relevante es que, como bien se dijo acá, esta propuesta se encuentra en el marco de la estrategia por la vida y la convivencia, en el marco de 14 propuestas más que implicaron otras leyes que se trataron a nivel legislativo y que fueron aprobadas, como la reciente Ley de Faltas. Hablo de leyes y acciones realizadas con el fin de disminuir o atacar la corrupción policial y demás. En ese marco, básicamente, había dos aspectos que se mencionaron: la regulación del mercado de la marihuana y una propuesta vinculada a cómo abordar la situación de aquellas personas con mayor vulnerabilidad y que se ven más afectadas por el uso problemático de drogas. Por ejemplo, hablo de personas en situación de calle.

En materia de trabajo en drogas a nivel de la Academia y de los países que han ido regulando todo esto, se entiende que todas las sustancias se tienen que regular de manera diferente, en función de los riesgos y daños que cada una tenga desde el punto de vista toxicológico. No podemos regular de la misma manera la heroína y la cocaína, que la marihuana, el tabaco y el alcohol. La concepción general del Poder Ejecutivo -tanto de este como del anterior- es dar cuenta de aquellas sustancias que generan mayores problemas y dificultades para la salud. Sin duda alguna, el tabaco es la sustancia moderna que genera mayores problemas de morbimortalidad y tiene una mayor incidencia en una cantidad de enfermedades. Hoy, después de cinco años de aplicación de la ley, está claramente demostrado que los problemas cardiovasculares vinculados al uso del tabaco han disminuido en forma significativa. Según investigaciones de universidades norteamericanas, ese descenso fue de un 22% y, según investigaciones de la Universidad de la República, por encima del 15%.

Por esta razón, hay propuestas específicas con respecto a determinadas sustancias y una iniciativa del Poder Ejecutivo que no está vinculada a una sustancia en particular sino a una situación provocada por el uso de determinada sustancia. Entonces, creo que se trata de aspectos diferentes de una problemática, que pueden tener puntos de contacto pero que no son exactamente los mismos.

Teniendo en cuenta que el Decreto-Ley Nº 14.294 fue aprobado en plena dictadura militar -es decir que ya tiene cuarenta años- creo que habría que pensar en una nueva ley general que regule diferentes aspectos vinculados al uso de drogas y que actualice algo que hoy está fuera de tiempo. Así lo muestra con mucha claridad toda la discusión internacional relativa a la necesidad de modificar no solo esta política sino incluso las convenciones.

Esa ley se estructura sobre la base de una concepción que hoy está en discusión y así lo muestran los informes de la Comisión Global de Políticas de Drogas y de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, así como el informe de la OEA, que cuestiona de manera muy clara y contundente la vigencia de este modelo de control y la necesidad de definir otros. Por eso me parece importante que en el Parlamento, particularmente en esta Comisión, se conozca este debate que se está dando a nivel general sobre la necesidad de generar cambios en este sentido.

Para enfocar la temática vinculada a la marihuana, al tabaco o al alcohol, es necesario definir el problema que estamos enfrentando. Sin lugar a dudas -y como de alguna manera mencionaba el doctor Cánepa- no está sobre la mesa el tratamiento residencial o la internación involuntaria para los usuarios de tabaco. Tampoco está en el debate lo relativo a aquellas personas que tienen un uso problemático de drogas legales o ilegales pero no en un nivel que amerite una internación involuntaria. Según los datos de la Unión Europea del conjunto de personas que tienen un uso problemático de drogas, un 8% o 10% son las que efectivamente se vinculan al sistema sanitario -en el estado de bienestar de la Unión Europea, que es el más grande del mundo- y realizan procesos de atención y tratamiento en drogas. Esos son datos que debemos tener en cuenta.

Lo importante, entonces, es que ese conjunto de personas que usan de manera problemática las drogas reciban atención sanitaria.

Aquellos que tienen un riesgo inminente de vida para sí o para terceros y que no tienen posibilidades de realizar un tratamiento o de recibir atención, necesitan ser internados de manera involuntaria. Creo que este es el problema que debemos definir y después determinar cuál es su dimensión.

Quería hacer una aclaración. Las encuestas -como decía el señor Senador Solari- tienen objetivos diferentes. Por ejemplo, con las encuestas que se realizan en el marco de la Cicad - OEA - conjuntamente con otros países de la región- conocemos a la población escolarizada adolescente, de 13 a 18 años, mientras que a través de la Encuesta Continua de Hogares, captamos la población no escolarizada. Se trata de dos encuestas que tienen metodologías distintas y que dan cuenta de universos diferentes.

Si nosotros observamos números concretos -dejando de lado los porcentajes, que en algunos casos pueden confundir- veremos que en el país, en el entorno de las 128.000 personas consumen marihuana, al menos una vez al año, 30.000 personas consumen clorhidrato de cocaína -o la cocaína en estado de clorhidrato- una vez al año y unas 14.000 personas consumen pasta base de cocaína, al menos una vez al año. De este universo, hay unas 21.000 personas que tienen uso problemático de la marihuana, unas 10.000 que tienen uso problemático de clorhidrato de cocaína y unas 11.000 que tienen uso problemático de la pasta base. Aunque el imaginario colectivo no lo registre, no todas las personas que han probado pasta base en su vida, mantienen el uso problemático.

Esto nos da un universo de unas 42.000 personas. Ahora bien, cuando hablamos de desarrollar políticas, no estamos pensando que estas 42.000 personas que eventualmente pueden tener uso problemático de estas sustancias, deban ser internadas involuntariamente.

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Calzada está hablando de 42.000 personas sumando aquellos que son consumidores problemáticos de marihuana, de cocaína y de pasta base. ¿Es así?

SEÑOR CALZADA.- Exactamente, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creí entender -por eso me disculpo por la interrupción- que estas 42.000 personas probablemente tendrán consumo problemático. Entonces, ¿tienen o probablemente tienen?

SEÑOR CALZADA.- Este grupo de personas tienen consumo problemático, pero estos no son todos iguales y podemos trabajar sobre tres escalas de riesgo y de uso problemático diferentes.

SEÑOR SUÁREZ.- En base a la Encuesta Continua de Hogares hacemos un clivaje de acuerdo a una escala de uso clínico basada en el CIE-10, que mide consumo, abusos y dependencias. Los porcentajes que encontramos en dicha encuesta -a los que el señor Calzada hizo referencia- tienen que ver con diferentes proporciones según sea la sustancia. Por ejemplo, el 16% tiene uso problemático de marihuana, 34% tiene uso problemático de clorhidrato de cocaína y el 53% de los usuarios que captamos en dicha encuesta, tiene uso problemático de pasta base.

Se ha agregado un porcentaje mayor de usuarios problemáticos de pasta base de cocaína, que se captaron a través de otro tipo de estudio que no se encuentra en la Encuesta Continua de Hogares, porque la población que consume pasta base es muy vulnerable y comúnmente no la encontramos en los hogares. Por esa razón, desarrollamos una metodología y el año pasado hicimos un estudio para dimensionar mejor el número de usuarios problemáticos de pasta base a los efectos de tener un panorama más claro.

Basándonos en la CIE-10, estamos evaluando el uso abusivo y la dependencia, y no estaríamos hablando de que, en general, estos usuarios problemáticos son adictos, sino que solamente lo son un porcentaje y otro tiene un uso problemático por cuestiones que tienen que ver con un uso que, a largo plazo, va a ser tóxico para el individuo y, seguramente, caiga en la dependencia.

A grandes rasgos -y para no demorar mucho mi intervención- esa sería la gran diferencia.

SEÑOR CALZADA.- De estos 11.000 casos nos podemos centrar en los 14.000 y 11.000 que mencionamos en relación con el uso problemático y el consumo de pasta base. ¿Qué estamos incluyendo en estas cifras? Cuando hablamos de 14.000 usuarios de pasta base incluimos a aquellos que aparecen por la encuesta de hogares, de los cuales -tal como recién señaló el sociólogo Suárez- el 53% aparecen con usos problemáticos -es decir, usos consuetudinarios y dependientes- y encontramos unos 8.000 a través de otra herramienta que es una encuesta con poblaciones ocultas -que se realiza con otros mecanismos- y que está orientada a identificar claramente a la población que no nos aparece en las encuestas de hogares porque son invisibles, pero son hipervisibles para la sociedad, particularmente, en el área metropolitana. En términos generales, dentro de los 21.000 usuarios de marihuana hay un solapamiento, porque de los 8.000 usuarios que encontramos en situación de calle -no quiere decir que vivan en la calle, sino que están ocultos- 5.000 de ellos son usuarios policonsumidores con marihuana. Quiere decir que dentro de los 21.000 usuarios de marihuana tenemos que incluir los 5.000 usuarios de pasta base y marihuana. Los usuarios policonsumidores son aquellos que van a consumir lo que se les ponga arriba de la mesa, ya sean psicofármacos, alcohol u otra droga. Hoy en día el pegamento está básicamente en desuso, pues fue la droga que se consumió desde los años noventa hasta el 2003 cuando ingresó la pasta base en la región sur del continente, en función de aspectos geopolíticos y sociales.

Estamos llevando adelante una iniciativa para tratar de dar cuenta de este fenómeno, basándonos en los parámetros internacionales: alrededor del 8% al 10% de estos 11.000 usuarios son los que estaríamos focalizando como usuarios más problemáticos. No se nos ocurre pensar que un usuario de marihuana tenga que ser internado involuntariamente. ¿Por qué? Porque, en general, el consumo de esta sustancia no genera comportamientos violentos, agresivos, dañinos o que provoquen riesgo inminente para sí o terceros, salvo un porcentaje de ellos que son los consumidores o policonsumidores de pasta base y otras drogas que sí tendrían este tipo de problemática.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pido disculpas porque me perdí en la explicación de las cifras. Quiero saber si por la encuesta de hogares se detectaron 14.000 usuarios de pasta base.

SEÑOR CALZADA.- No; son 8.000 más 6.000 usuarios de pasta base que aparecen en la encuesta de hogares.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, de esos 6.000 que aparecen en la encuesta de hogares, el 53% son usuarios problemáticos. De los 8.000 ocultos, ¿qué porcentaje son usuarios problemáticos?

SEÑOR CALZADA.- Esos son todos usuarios problemáticos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiere decir que tenemos 11.000 usuarios problemáticos de pasta base, algunos de los cuales, además -por lo menos 5.000 de ellos- son policonsumidores con marihuana, aunque también puede ser que consuman alcohol u otras sustancias.

SEÑOR CALZADA.- El 78% son policonsumidores con alcohol.

Entonces, estamos definiendo un universo radicado fundamentalmente en el área metropolitana de Montevideo y en aquellas ciudades más urbanizadas del interior. Si comparamos estos datos con los del alcohol en general, son irrisorios pero el impacto social es muy relevante. Dentro de este universo de usuarios hay un sector que es minoritario, que está lejos de lo que aparece en el imaginario social como de real magnitud pero que efectivamente es un problema y que tiene un uso problemático de drogas y, en la gran mayoría de los casos, la particularidad de patologías psiquiátricas asociadas. Tendría que leer la versión taquigráfica de lo que planteó el doctor Montalbán pero tenemos usuarios de drogas con patologías psiquiátricas asociadas y usuarios problemáticos de drogas que no necesariamente las tienen. La mayoría de los usuarios de drogas, incluso los problemáticos, no necesariamente tienen patologías psiquiátricas asociadas. Entonces, nos estamos focalizando en ese aspecto.

¿Qué dispositivos tenemos? Respondiendo a la pregunta del señor Senador Agazzi, debo decir que partimos de la base de que la internación involuntaria o voluntaria debe ser el último recurso para el abordaje y tratamiento de los problemas asociados al uso de drogas. Esto no es porque se trate de una cuestión tautológica o un capricho sino que la experiencia dice que la adherencia a los tratamientos vinculados al uso de drogas es significativamente más alta cuando las personas adhieren voluntariamente a los mismos No obstante esto -es necesario precisarlo y quizás hay otros profesionales que pueden ahondar mucho más en esto- en ningún caso estas adherencias superan el entorno del 60%. Quiere decir que hay un gran número de personas que, aunque adhieran voluntariamente a diferentes formas de tratamiento, en el proceso del trabajo para atender su problema de adicción, tienen recaídas significativas.

Entonces, la voluntad del Presidente de la República cuando planteó esta propuesta -y del Poder Ejecutivo en general- era facilitar un dispositivo que pueda acercar a los usuarios al sistema sanitario. ¿A qué dispositivos de este sistema? Eso está esbozado en la propuesta -aunque quizás no con la claridad total que debiera y por eso habrá que estudiarlo un poco más- pero se trata de una internación involuntaria de carácter muy acotado en el tiempo, que apunta a la desintoxicación y a desgravitar ese estado de riesgo para sí y para terceros de las personas, orientado además a facilitar el acceso al resto del sistema sanitario.

Las opciones de internación que disponemos en el país son algo más de 200 camas distribuidas en seis dispositivos residenciales, algunos con cierta especificidad como el que fue inaugurado en el día de ayer en el departamento de San José, que es específico para usuarios que tienen bastante que ver con las características para las cuales está diseñada la iniciativa que está a consideración de los señores Senadores, es decir, aquellos usuarios que tienen las dos patologías y que, normalmente, se los denomina como “patologías duales”, es decir una patología por el uso de drogas y una psiquiátrica de base asociada.

¿De qué disponemos en el marco de esta estrategia? En Montevideo tenemos el dispositivo “Ciudadela”, que está funcionando como puerta de ingreso, y los albergues del Mides. Ayer invitamos al señor Senador Agazzi y, por supuesto que todos están invitados a conocerlo. Está ubicado en la calle Eduardo Víctor Haedo y República, a una cuadra de la plaza Líber Seregni. Es un dispositivo que facilita el ingreso a la red de atención, porque de ahí se hace la derivación. En el conjunto de dispositivos que tenemos en Montevideo, tanto sociales como sociosanitarios, hay un equipo que hace la evaluación de estas personas y realiza la derivación oportuna. El dispositivo está gestionado por este conjunto de organizaciones que forma parte del Consorcio más otras entidades como es el caso de la Intendencia de Montevideo, que participa en el desarrollo del dispositivo, y de la Suprema Corte de Justicia que tiene uno de los tres lugares de la dirección, en la coordinación general del centro, ocupado por la psicóloga Pilar Igoa.

¿Desde este dispositivo hacia dónde pueden derivar los usuarios? Si se trata de usuarios que necesitan un período de desintoxicación, que es un requisito, se realiza en el Hospital Vilardebó. Además estamos trabajando en el desarrollo de un dispositivo específico de carácter hospitalario como son los equipos de respuesta integral en crisis adictivas que estamos instalando y desarrollando por parte de ASSE en el Hospital Maciel. Además, en la región estamos instalando once camas en el Hospital de San Carlos y cinco más en el Hospital de San José. En este último caso estamos en obras y en el de San Carlos en el período licitatorio.

Una vez que la persona cumplió ese período, que va de cinco a siete días, en los dispositivos de desintoxicación necesariamente tienen que ser derivados según el carácter que tengan en términos de personalidad y del entorno: puede haber personas que tengan familia constituida y continente que pueden acompañar un proceso sin necesidad de la internación residencial, y otros casos que tengan familias muy desestructuradas con grandes dificultades de contención, por lo que necesitaran estar en lugares residenciales más tiempo, tres, seis, nueve o doce meses, según sus características personales. En todos los casos, obviamente, quien se encarga de la derivación es el equipo de salud. En el caso del dispositivo "Ciudadela" tenemos uno instalado en Montevideo y otro en el departamento de Salto, y además estamos trabajando para la instalación de otros en los departamentos de Lavalleja, Tacuarembó, Rivera y Artigas.

Estos dispositivos no están aislados o separados del resto de la red. La propuesta facilita el abordaje de estos individuos por personal sanitario que, en realidad, los vinculan al resto de los dispositivos de la red.

A su vez, en la red trabajamos -y esto es un poco clásico, como bien lo señalaba el señor Presidente de la Comisión, pero lo cierto es que estamos en proceso- en los temas de deshabituación inicial, abordando la temática desde el punto de vista socioeducativo y sanitario de las personas. Los casos más graves son los del dispositivo que se inauguró ayer en el departamento de San José. Esta clase de dispositivos tiene una mayor resonancia en determinados barrios e implica una mayor carga hospitalaria, es decir, mayor cantidad de personal sanitario. Los otros están conformados por recursos más de tipo socioeducativo.

Paralelamente al trabajo que se realiza a nivel de los dispositivos, corresponde señalar que en todo esto están fuertemente presentes y participan activamente -a partir de un departamento que también tiene carácter institucional- el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Secretaría Nacional de Drogas y el conjunto de las empresas públicas que brindan oportunidades de inserción laboral para usuarios problemáticos de drogas de diferentes características. Entre los años 2012 y 2013 desarrollamos unas 400 pasantías sociolaborales. En todos los casos actúa un referente educativo laboral que acompaña y hace de nexo entre los procesos terapéuticos que viven estas personas y los procesos de inserción laboral y profesional, que también tienen que desarrollar.

En términos generales, el objetivo de todo el sistema de dispositivos de la red es trabajar para lograr la progresiva autonomía de las personas. Como se sabe, estamos hablando del núcleo más duro y resistente en lo que respecta a la adicción a sustancias, es decir, de personas que tienen graves problemas, por ejemplo, para el manejo del dinero. Esto es algo que ya en los procesos iniciales debe ser controlado por el núcleo familiar; luego, progresivamente se les va dando habilitaciones para que puedan manejar su vida de manera cada vez más autónoma, hasta que en determinado momento llegan a este lugar que tenemos junto con la Intendencia de Montevideo, que es la "Casa Asistida", ubicada en la calle La Paz al 2222. Todos están invitados a visitarla. Esta casa está orientada a ser una puerta de salida del sistema para aquellas personas que viven las situaciones de mayor gravedad, con patologías importantes, es decir que además del consumo que han tenido, padecen un problema de patología psiquiátrica de base. Lo importante es que se mantiene la atención de todos esos aspectos.

En relación al tema del reclamo de jefes y jefas de hogares, compartimos la opinión del doctor Cánepa. Entendemos que en todos los casos el problema debe ser resuelto por un equipo sociosanitario -tal como se plantea en el proyecto de ley- al que le corresponderá definir si la persona tiene que ser internada involuntariamente o derivada a determinado organismo, según la situación.

En cuanto a la pregunta que se formuló acerca de quiénes aportarán al fideicomiso y por qué, creo que el doctor Cánepa ya ha dado un pantallazo general.

En el protofideicomiso tenemos la articulación de un conjunto de instituciones como en el caso del Dispositivo Ciudadela -instalado en Eduardo Víctor Haedo y República- que cuenta con personal de INAU, de ASSE, de la Intendencia de Montevideo, con recursos humanos aportados por la Suprema Corte de Justicia, que actúan mancomunadamente bajo una única dirección, además de algunos recursos contratados externamente, porque no disponíamos de ellos. Lo mismo ocurre con el caso del Dispositivo Ciudadela de Salto, que está funcionando, donde participa la Sociedad Médica Quirúrgica

de Salto -que es una mutualista de FEMI- con un paquete de horas para participar de este dispositivo con la función de orientar como un dispositivo icónico de la ciudad para que las personas se puedan referir a él, puedan dar información y en el caso de estas situaciones concretas puedan realizar las derivaciones pertinentes a Casa Abierta, que es el centro residencial de la red del norte, integrada por los departamentos de Paysandú, Salto, Artigas, Rivera y Tacuarembó.

Hemos acordado que esta es una problemática -por eso tenemos estos desarrollos y dispositivos- que no debe estar orientada exclusivamente hacia los usuarios del sistema estatal, es decir, hacia ASSE; este es un dispositivo que tiene que dar respuesta al conjunto de los usuarios problemáticos de la sociedad. Algunos son dependientes de ASSE y otros tienen su sociedad médica. En función de las disposiciones vigentes, desde el mes de setiembre de 2011 las sociedades médicas reciben un aporte de $8 per cápita, por cantidad de afiliados, para brindar prestaciones por salud mental que equivalen a 30 días de internación y a 52 sesiones anuales -una por semana- de terapia individual. Quiere decir que estos dispositivos funcionan como habilitadores para que las personas que tienen esta problemática puedan ser derivados a esos centros.

Para el caso concreto de la iniciativa del Poder Ejecutivo, tenemos un protofuncionamiento articulado con los refugios del Mides y para aquellas personas que tienen el sistema mutual, les hacemos un acompañamiento. Hay un sistema de seguimiento de este sector que permite saber si la persona es de una sociedad médica y si amerita la internación en una clínica -que puede elegir la sociedad médica-dentro de los treinta días al año que corresponde brindarle la atención que se le debe prestar.

SEÑOR VITALE.- El Secretario General y el Presidente de la Junta no nos han pedido que abundemos en algún detalle. Como coordinadores del Departamento de Prevención de la Secretaría Nacional de Drogas queremos señalar la importancia de trabajar en políticas integrales de control de la oferta y reducción de la demanda. En este sentido, la prevención -más allá que el abordaje de este proyecto de ley está vinculado al control- y promoción del cuidado como concepto general tienen que ver con la convivencia y el cuidado de sí. Ya en las primeras democracias se hablaba de que el cuidado de sí tiene que ver como una condición para el gobierno de los otros. Nosotros aportamos en las campañas que tienen que ver con un grupo de técnicos y en las Juntas Departamentales de Drogas con los programas "Cuidándote vos, disfrutamos todos" -que los señores Senadores habrán visto- que también se relacionan con el trabajo cultural del cuidado de sí, del uso responsable y del cuidado de los espacios donde hay uso de alcohol y de otras drogas. Nos preocupa el tema de que el alcohol todavía está en una frontera difusa y que no sea considerado por algunos actores como otra droga.

Quedamos a disposición de los señores Senadores en oportunidad de realizarse una nueva reunión en la que se trate la regulación del cannabis. Quiero recordar que hay un capítulo respecto a lo que planteaba el señor Presidente de la Comisión, que tiene que ver con la salud y con la educación. Creo que en la otra ley están contemplados esos aspectos, a través de los dispositivos sociosanitarios que expuso el licenciado Calzada y también en las campañas educativas dentro de la propia ANEP y en el sistema privado de educación.

SEÑOR CÁNEPA.- Simplemente, quiero dejar constancia de algo que puede parecer muy formal. Agradezco a la Comisión por la oportunidad de poder expresarnos, con las facilidades que se han dado y de poder exponer largamente los fundamentos del proyecto de ley. No es común; a veces los tiempos parlamentarios y los propios no nos permiten dedicar el tiempo suficiente a temas importantes y complejos como son estos que estamos considerando. Reconocemos que más allá de la voluntad expresada claramente en los proyectos de ley, no dejan de existir temas muy complejos en su tratamiento. Por lo tanto, esperamos y confiamos que con un tratamiento tan serio como el que le está dando la Comisión, podamos encontrar las soluciones adecuadas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias.

(Se retira de Sala la delegación de la Junta Nacional de Drogas.)

-Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes:)

SEÑORA SECRETARIA.- Hay una solicitud de audiencia remitida por el Sindicato Anestésico Quirúrgico del Uruguay, en relación al proyecto de ley de Modificación del Sistema de Residencias Médicas, que está a estudio de la Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Será incorporado en las próximas audiencias que demos.

SEÑORA SECRETARIA.- Y el otro es un *e-mail* que remitió la Asociación Rodrigo Aguirre Camblor - Cuidar La Vida. Presenta un anteproyecto de ley en relación a instalar un sistema de audio y video en los *blocks* quirúrgicos, como un método de seguridad tanto para el paciente como para los médicos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Como es un proyecto de ley, vamos a ponerlo en el listado correspondiente, si es que algún Legislador lo patrocina.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 20 y 10 minutos.)